

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR
VIRGINIE FAVRE

TRAITEMENT DES INQUIÉTUDES EXCESSIVES ET DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE
CHEZ LES FEMMES PRIMIPARES EN PÉRIODE POST-PARTUM

FÉVRIER 2014

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

TRAITEMENT DES INQUIÉTUDES EXCESSIVES ET DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE
CHEZ LES FEMMES PRIMIPARES EN PÉRIODE POST-PARTUM

PAR
VIRGINIE FAVRE

Patrick Gosselin, Directeur de recherche

Université de Sherbrooke

Guylaine Côté, Évaluatrice interne

Université de Sherbrooke

Olivier Pelletier, Évaluateur externe

Université Laval

Sommaire

Les troubles anxieux, dont le trouble d'anxiété généralisée (TAG), représentent une portion importante des troubles se manifestant au cours de la période post-partum. Toutefois, très peu d'études ont tenté de développer et de vérifier l'efficacité d'interventions ciblant spécifiquement l'anxiété dans cette phase de vie et d'observer leurs répercussions sur l'adaptation parentale des mères. L'objectif général de la présente étude consiste à tester l'efficacité d'un traitement adapté pour le TAG et les inquiétudes qui se développent chez les mères primipares en post-partum. L'étude visait aussi à observer l'effet d'une telle intervention sur le niveau d'adaptation parentale des mères et sur d'autres variables associées aux inquiétudes et à l'anxiété en période post-partum (p. ex., symptômes somatiques, inquiétude face à la maternité et symptômes dépressifs). Un protocole à cas unique, à niveaux de base multiples en fonction des individus a été employé. Trois femmes francophones ayant accouchées au cours de la dernière année et ayant l'impression que leur tendance à s'inquiéter s'est exacerbée suite à l'accouchement ont reçu une thérapie cognitive-comportementale (TCC) composée de 13 séances et adaptée pour le TAG et les inquiétudes en post-partum. Les résultats démontrent que la thérapie a été efficace pour réduire la tendance à s'inquiéter et les symptômes d'anxiété. Également, la thérapie semble avoir été bénéfique à l'adaptation parentale des participantes en engendrant des changements au niveau de l'humeur, la satisfaction de vie et la perception de la maternité. Les résultats de l'étude ont aussi permis d'identifier des enjeux à considérer pour arriver à répondre de façon plus précise aux problématiques entourant le TAG et les inquiétudes en période post-partum.

Mots-clés : Post-partum, trouble d'anxiété généralisée, adaptation parentale, thérapie cognitive-comportementale, inquiétude.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	4
Listes des figures	5
Remerciements	6
Introduction	8
Contexte théorique	11
Les effets du TAG sur le fonctionnement	13
Les thérapies pour l'anxiété en post-partum.....	15
Les TCC supportées empiriquement pour le TAG	19
Pertinence et adaptation de la TCC usuelle du TAG au contexte du post-partum	22
Objectif et questions de recherche	24
Méthode.....	25
Déroulement	26
Participantes.....	27
Instruments de mesures	30
Mesure des critères diagnostiques du TAG et de la présence de troubles à l'axe I.....	30
Mesures des symptômes du TAG et de la tendance à s'inquiéter	31
Mesures des variables cognitives et comportementales ciblés par le traitement.....	33

Mesures complémentaires des effets du traitement	34
Mesure d'auto-observations	37
Protocole expérimental	38
Traitement et thérapeute	39
Composante du traitement	40
Résultats	44
Auto-observations quotidiennes	45
Évaluations cliniques	47
Questionnaires auto-rapportés	47
L'index de fonctionnement global	53
Discussion	56
Effets des cibles de traitement sur l'inquiétude et les vulnérabilités cognitives	58
L'activation comportementale.	58
L'intolérance à l'incertitude	59
La résolution de problèmes	61
L'évitement cognitif	62
Généralisation des gains aux symptômes dépressifs	64
Généralisation des gains à l'adaptation parentale	65
Qualité de vie.	67

L'adaptation conjugale.....	68
Les enjeux entourant la fin du congé de maternité.	72
Pistes de recherches futures	73
Forces et limites de l'étude	74
Conclusion.....	77
Références	79
Appendice A.....	90

Liste des tableaux

Tableau

1 Résultats aux questionnaires en fonction des phases d'évaluation	50
2 Résultats aux sous échelle de l' Indexe de Stress Parentale.....	52
3 Résultats aux sous échelles du questionnaire d'Auto-Évaluation sur la période post-partum.....	54

Listes des figures

Figure

1 Temps d'inquiétude tel que rapporté dans les carnets d'auto-observation.....	46
2 Niveau de tension et d'anxiété ressenti tel que rapporté dans les carnets d'auto-observation	48
3 Niveau de satisfaction de vie moyen par semaine tel que rapporté dans les carnets d'auto-observation	48

Remerciements

Ce qui a été pour moi un des plus grands défis de ma vie sera maintenant chose du passé. Mes années d'études en psychologie ont été riches en émotions et je suis fière de cet accomplissement. Beaucoup de gens ont contribué à cette réalisation et je tiens à en remercier quelques un plus particulièrement.

Un merci particulier à Patrick Gosselin qui a dirigé avec une grande compétence la réalisation de ma thèse. Ta personnalité et ton attitude ont grandement favorisé mes apprentissages. Tu as su susciter et stimuler ma motivation et mon intérêt pour ce projet du début à la fin. Avec toi, tout semblait plus simple, plus accessible et réalisable. Merci infiniment de ton soutien et d'avoir trouvé les moyens de financer ce projet.

Je tiens également à remercier l'Université de Sherbrooke et le département de psychologie pour avoir cru en moi en m'offrant une place au sein de ce merveilleux programme qu'est le doctorat en psychologie clinique. J'ai eu la chance d'avoir un enseignement d'une qualité exceptionnelle et d'être entourée d'étudiants tout aussi passionnés que moi par la psychologie. Ce fut quatre années de plaisir, de défis et de surpassement.

Je souhaite également remercier Geneviève Belleville qui m'a donné une première occasion de me faire valoir comme assistante de recherche durant mon baccalauréat. Grâce à toi, j'ai pu acquérir de riches expériences qui m'ont été grandement utiles au cours de la réalisation de cette thèse et je te remercie également de m'avoir recommandée et mise en contact avec Patrick.

Je profite de l'occasion pour souligner l'immense reconnaissance que j'éprouve à l'égard de mes parents Danielle et Patrick qui depuis toujours m'ont démontré que l'effort était payant et qui m'ont donné le goût du savoir. Vous avez toujours cru en moi et m'avez soutenue dans tous mes projets. Merci pour votre soutien émotionnel et matériel et merci de m'avoir transmis des valeurs qui ont contribué à cet aboutissement. Je veux également remercier ma famille qui m'a apporté un soutien inoubliable au cours des dernières années. Merci à ma très chère cousine Marie-Christine, mon oncle Denis, ma tante Johanne et ma tante Ginette. Vous m'avez montré à quel point je suis chanceuse de faire partie de cette famille! Je souhaite aussi remercier ma sœur Geneviève qui, en raison de sa condition particulière, a moins de chance que moi dans la vie. Sans toi, je ne serais pas qui je suis aujourd'hui. Enfin, merci à mes amis pour leur soutien constant au cours de mon parcours universitaire, le plaisir que vous m'avez procuré et vos encouragements.

En terminant, je souhaite exprimer ma gratitude à Claudie Bax-d'Auteuil, ma collègue qui m'a aidée énormément tout au long du projet, ton aide a été très précieuse. Je tiens particulièrement à remercier les mères participantes de ce projet pour leur dévouement et leur courage à faire face à leur anxiété dans cette période exigeante qu'est le post-partum.

Introduction

L'accouchement est à l'origine de plusieurs bouleversements au plan biologique, psychologique et social. Il requiert la mobilisation de ressources adaptatives de la mère (Kumar, Robson, & Smith, 1983), qui doit s'adapter à un nouveau quotidien et gérer ses attentes et celles de l'extérieur. Elle doit aussi répondre à des demandes multiples, en faisant face au manque de sommeil (Wenzel, Haugen, Jackson, & Robinson, 2003), ce qui peut la rendre vulnérable à diverses psychopathologies.

Les recherches en psychiatrie périnatale se sont principalement intéressées à la dépression post-partum. Pourtant, des études récentes suggèrent que les troubles anxieux périnataux pourraient être plus fréquents (p. ex., Wenzel, Haugen, Jackson & Brendle, 2005). Le trouble d'anxiété généralisé (TAG) et sa caractéristique centrale, l'inquiétude excessive, sont notamment très répandus (Wenzel et al., 2003). Leur prévalence sur un an, dans la population générale, est d'environ 3 % (Grant et al., 2005; Kessler, DuPont, Berglund, & Wittchen, 1999; Wittchen, Zhao, Kessler, & Eaton, 1994) alors que leur prévalence en post-partum se situe entre 4,4 et 8,2% (Ballard, Davis, Handy, & Mohan, 1993; Wenzel et al., 2005). De façon générale, on estime la prévalence du TAG en post-partum comme étant plus élevée que dans la population générale (Misri et al. 2010).

Le TAG en post-partum a des conséquences majeures chez la mère et son enfant (p. ex., Barnett, Schaafsma, Guzman, & Parker, 1991; Breitkopf, Primeau, Levine,

Olson, Wu, & Berenson, 2005; Britton, 2005) malgré cela, aucune étude n'a encore évalué l'efficacité d'une intervention pour le TAG et les inquiétudes qui se développent dans cette période de vie. Ce projet vise à tester l'efficacité d'une TCC adaptée pour cette problématique auprès de mères primipares. Elle visera aussi à vérifier l'effet de l'intervention sur le stress parental, l'adaptation parentale et la qualité de vie des mères.

Contexte théorique

Bien que l'incidence du TAG en post-partum soit reconnue, on constate un manque de consensus quant aux critères utilisés pour déterminer sa présence. Les études de Ballard et al. (1993) et de Wenzel et al. (2005), ciblent le TAG tel que défini dans le DSM-IV-TR dont caractéristique centrale est une anxiété et des soucis excessifs (attente avec appréhension), relatifs à plusieurs événements ou activités, se manifestant la plupart du temps durant une période d'au moins six mois (Critère A). D'autres études, comme celle de Matthey, Barnett, Howie et Kavanagh (2003), réfèrent à un trouble de l'adaptation avec anxiété, en comptabilisant les mères répondant à tous les critères diagnostiques du TAG, sauf celui spécifiant une durée de six mois. Enfin, des études comme celle de Wenzel et al. (2003), traitent d'un TAG même si les participantes répondent aux critères du trouble depuis seulement huit semaines. Il devient donc difficile de savoir si les taux de prévalence réfèrent au TAG, tel que défini par le DSM-IV-TR. Bien que la terminologie utilisée pour désigner le trouble étudié varie en fonction du temps passé suite à l'accouchement, les difficultés associées aux inquiétudes excessives en post-partum paraissent fréquentes et importantes.

La hausse dans la prévalence de TAG ou des inquiétudes excessives en post-partum pourrait s'expliquer par le fait que l'arrivée d'un nouvel enfant apporte beaucoup de changements et requiert la mobilisation de l'ensemble des ressources adaptatives chez la

mère (Kumar, Robson, & Smith, 1983). Les mères primipares (les femmes qui ont accouché pour la première fois) doivent s'adapter à un nouveau quotidien, gérer les attentes qu'elles ont face à leur nouveau rôle de mère de même que la perception et les attentes de leur entourage face à la maternité. Elles doivent aussi répondre à des demandes multiples tout en faisant face au manque de sommeil (Wenzel et al., 2003). L'ensemble de ses changements et des difficultés qui peuvent en émerger peuvent être source d'inquiétudes et d'anxiété.

Les effets du TAG sur le fonctionnement

Les conséquences du TAG et des inquiétudes excessives sont bien documentées et prennent plusieurs formes. Le TAG engendre des coûts personnels, psychosociaux, occupationnels et économiques majeurs. Wittchen et al. (2002) soulignent que le TAG interfère et a des impacts sur le fonctionnement aussi importants que la dépression majeure. Les individus qui en souffrent présentent un nombre de jours d'incapacité au travail ou aux activités quotidiennes plus élevé que les individus n'ayant pas ce trouble (Kessler et al., 1999; Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2010; Lim, Sanderson, & Andrews, 2000; Wittchen et al., 2002). La présence d'un TAG serait aussi associée à une réduction significative du niveau de satisfaction de vie dans différents domaines notamment dans l'estime de soi, le travail, la relation de couple et les amitiés. (Henning, Turk, Mennin, Fresco, & Heimberg, 2007; Wetherell et al., 2004). Par ailleurs, le TAG serait à l'origine d'un affaiblissement significatif du fonctionnement social (Henning et al., 2007; Kessler et al., 1999; Wetherell et al. 2004). En fait, on estime que 27% des

personnes souffrant du TAG rapportent des difficultés sociales modérées ou graves (Wittchen et al., 2002). Des différentes formes de difficultés relationnelles, les difficultés conjugales seraient les plus fréquemment rapportées par les personnes souffrant du TAG (Henning et al., 2007). De plus, 21,8 % des utilisateurs de services de santé de première ligne montrant de la détresse psychologique présenteraient un TAG. Conséquemment, le TAG engendre d'énormes coûts directs et indirects à la société (Koerner et al., 2004; Roy-Byrne & Wagner, 2004).

Même si peu d'études ont porté sur les conséquences spécifiques du TAG en post-partum, plusieurs révèlent que l'anxiété est associée à des conséquences importantes : adaptation problématique au rôle maternel, sentiment d'inefficacité quant aux habiletés parentales, diminution de la sensibilité maternelle, problèmes d'attachement et difficultés psychosociales chez l'enfant (Barnet et al., 1991; Bretkopf et al., 2005; Britton, 2005). Bögels et Van Melick (2004) ainsi que Cooklin, Giallo, D'Esposito, Crawford et Nicholson (2013) ont démontré que l'anxiété de séparation et les inquiétudes tôt en période post-partum sont associés à des comportements de surprotections envers l'enfant et des difficultés sociales et émotionnelles chez l'enfant vers l'âge de 2-3 ans. Les comportements de surprotection adoptés par les mères en réponse à leur anxiété auraient pour effet d'entraver au développement psychologique de l'enfant en empêchant l'enfant d'apprendre à être autonome et indépendant (Bayer, Sanson, & Hemphill, 2009; Cooklin et al., 2013). L'anxiété dans cette période de vie aurait également des répercussions sur la relation conjugale selon Whisman, Davila et

Goodman (2011). Ces auteurs avancent aussi l'idée que des changements au niveau de symptômes anxieux chez les femmes accompagneraient des changements au niveau de l'adaptation conjugale.

Des études suggèrent que les femmes ayant un trouble anxieux durant la grossesse sont trois fois plus à risque de développer des symptômes dépressifs en période post-partum et ce indépendamment d'un historique de dépression antérieure à la maternité (Sutter-Dallay, Giaconne-Marcasche, Glatigny-Dallay, & Verdoux, 2004). Aussi, une anxiété élevée durant les premiers jours du post-partum est associée à l'apparition d'une dépression post-partum entre six et 30 semaines suivant l'accouchement (Teissendré & Chabrol, 2003). Ces résultats sont cohérents avec de nombreuses études (Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004; Johnstone, Boyce, Hickey, Morris-Yatees, & Harris, 2001; Misri et al. 2010; Prenoveau et al., 2013; Skouteris, Wertheim, Rallis, Milgrom, & Paxton, 2009; Teissendré & Chabrol, 2001) de même qu'avec la méta-analyse de O'Hara et Swain (1996) incluant cinq études avec près de 600 participantes et rapportant que l'anxiété était un prédicteur modéré-élève d'une dépression post-partum subséquente. Ces études appuient l'hypothèse voulant que l'anxiété induise les conditions favorables au développement de la dépression en période post-partum et que l'intensité de l'anxiété en période post-partum constitue un facteur de risque sérieux au développement maternel.

Les thérapies pour l'anxiété en post-partum

Peu d'études ont vérifié l'efficacité d'interventions ciblant spécifiquement l'anxiété

dans cette phase de vie. Certaines ciblent les symptômes dépressifs et documentent l'effet de leur protocole pour la dépression sur l'anxiété (Robert, David, Reeves, Goron, & Delfosse, 2008). Elles observent que les stratégies cognitives comportementales seraient efficaces pour réduire le niveau de stress parental (Misri, Reebye, & Milis, 2006) de même que l'intensité des symptômes anxieux (Craig, Judd, & Hodgins, 2005; Milgrom, Negri, Gemmill, McNeil, & Martin, 2005; Misri, Reebye, Corral, & Milis, 2004). Ainsi, certaines composantes des thérapies pour la dépression post-partum, comme la réactivation, pourraient être pertinentes dans un protocole ciblant l'anxiété (Craig et al., 2005; Misri et al., 2006). D'autre part, l'étude de Misri et al. (2004) montre la pertinence d'intervenir spécifiquement sur les symptômes anxieux, puisqu'ils persistent après le traitement de la dépression. La généralisation de ces résultats est toutefois limitée : les études étaient composées de petits échantillons, souvent sans groupe contrôle, et comportaient peu d'instruments évaluant l'anxiété. Il demeure difficile de savoir quelles composantes de l'anxiété ont été affectées par l'intervention proposée ou quelles composantes du traitement ont eu un impact sur l'anxiété.

Une étude pilote récente a été menée pour évaluer l'effet d'une thérapie cognitive-comportementale de groupe auprès de 10 femmes souffrant d'un ou de plusieurs troubles anxieux pendant et/ou après leur grossesse (Green, McCabe, & Haber, 2013). L'échantillon était composé de deux femmes enceintes de six mois avec un double diagnostic de dépression majeure et de TAG, cinq femmes en post-partum avec un double diagnostic de dépression majeure et de TAG, deux femmes en post-partum avec

un double diagnostic de dépression majeure et de phobie sociale et une femme avec un double diagnostic de phobie sociale et de trouble obsessionnel-compulsif. La thérapie de groupe s'étendait sur six rencontres au cours desquelles les six thèmes suivants étaient abordés : 1) psychoéducation sur la nature de l'anxiété périnatale, de l'humeur; 2) restructuration cognitive, 3) une introduction aux inquiétudes productive et non productive et à la résolution de problèmes; 4) l'exposition comportementale; 5) l'activation comportementale; 6) l'affirmation de soi. Les résultats démontrent que le traitement aurait été efficace pour réduire la tendance à s'inquiéter et l'humeur dépressive. Bien que les résultats de cette étude soient encourageants, elle comporte plusieurs limites. D'abord, les effets du traitement ont été évalués qu'à un seul temps de mesure suite au traitement ce qui ne permet pas de voir si les gains thérapeutiques se sont maintenus dans le temps. D'autre part, les changements au niveau des symptômes anxieux ont été mesurés qu'avec un seul questionnaire soit le Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS) ce qui limite les conclusions quant aux changements cliniques engendrés par le traitement. Enfin, la composition relativement hétérogène de l'échantillon rend la généralisation des résultats difficiles. Somme toute, nous pouvons comprendre de cette étude que les femmes en périnatalité ayant des symptômes anxieux pourraient bien répondre à des stratégies cognitives comportementales.

Quelques études ont porté sur le traitement de troubles anxieux spécifiques en période post-partum, dont le trouble panique (Trad, 1994), le trouble de stress post-traumatique (TSPT; Sandström Wiberg, Wikman, Willman, & Högberg, 2008) et le

trouble obsessionnel compulsif (TOC; Christian & Storch, 2009). Sandström et ses collègues ont utilisé l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) pour traiter les femmes ayant développé un TSPT après un accouchement. Ils ont conclu que le meilleur moment pour traiter l'anxiété était avant une nouvelle grossesse. Les auteurs ont aussi observé un maintien des gains thérapeutiques après une période de trois ans chez trois des quatre participantes. Dans une étude d'un cas, Christian et Storch ont observé que la TCC pouvait être efficace pour réduire rapidement la sévérité des symptômes d'un TOC qui se serait développé en période post-partum. Bien que les auteurs aient observé une rechute à 12 semaines suivant le traitement, ils n'ont pas réalisé de suivi post-traitement rigoureux. Il est donc difficile de conclure sur le maintien des gains, ce qui appuie l'importance de faire des suivis post traitement documentant les impacts à long terme des interventions en période post-partum. En somme, ces études soulignent l'importance d'intervenir rapidement lorsqu'un trouble anxieux se développe suite à un accouchement. Les protocoles offerts à une population plus générale sont possiblement applicables pour les femmes en période post-partum, mais leur efficacité demeure à appuyer. La généralisation des résultats de ces études est aussi limitée vu leur caractère exploratoire, l'absence de groupes contrôles et le nombre limité de participants. Par ailleurs, aucune étude n'avait de protocole expérimental ou quasi-expérimental permettant de contrôler minimalement diverses menaces à la validité interne des résultats (p. ex., effet du passage du temps). Ces études s'en sont tenues à des mesures restreintes à la symptomatologie ciblée, avec peu de suivis à long terme, et n'ont pas cherché à mesurer les impacts plus larges de leurs interventions sur le

fonctionnement global ou la qualité de vie.

À notre connaissance, aucune étude ne s'est encore penchée sur le traitement du TAG en période post-partum (Ross & McLean, 2006) ou n'a tenté d'évaluer l'utilité et l'impact d'une thérapie ciblant les composantes spécifiques aux inquiétudes et à l'anxiété. Il apparaît ainsi pertinent de vérifier si une TCC validée pour les inquiétudes et l'anxiété, ciblant des mécanismes psychologiques spécifiques aux inquiétudes et au TAG, pourrait avoir un impact positif sur les symptômes du TAG et la tendance à s'inquiéter, mais aussi sur l'adaptation des mères.

Les TCC supportées empiriquement pour le TAG

Plusieurs recensions d'écrits (Barlow, Raffa, & Cohen, 2002; British Psychological Society Center for Outcomes Research and Effectiveness [BPSCORE], 2001) et méta-analyses (Covin, Ouimet, Seeds, & Dozois, 2008; Gould, Safren, Washington, & Otto, 2004; Mitte, Noack, Steil, & Hautzinger 2005), appuient l'efficacité des TCC pour les individus souffrant d'un TAG. Des études contrôlées et randomisées confirment des améliorations aux mesures d'anxiété, d'inquiétudes excessives et de dépression. Les gains thérapeutiques se maintiennent plusieurs mois après la thérapie (de six à 12 mois). Aussi, le taux moyen d'abandon pour ces études est faible, soit 11,4%, suggérant que les gens ayant un TAG adhèrent bien à ce type de thérapie (Gould et al., 2004). Enfin, soulignons que les TCC pour le TAG et les inquiétudes, semblent aussi améliorer le fonctionnement et la qualité de vie des patients. Stanley et al. (2009) ont observé que le traitement du TAG par la TCC chez les aînés était associé à une amélioration de la

qualité dépressive.

Un des protocoles de traitement du TAG les plus testés est celui développé par l'équipe de Ladouceur et ses collègues. Son efficacité est appuyée par plusieurs études expérimentales rapportant des grandeurs d'effet intéressantes et des taux d'abandon faibles (voir Dugas et al., 2003; Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas, & Baillargeon, 2006; Ladouceur et al., 2000). La grandeur d'effet de ce protocole de traitement sur la sévérité des symptômes à l'ADIS-IV est de 1,72 selon l'étude de Dugas et al., (2003) et de 3,19 dans l'étude de Ladouceur et al. (2000). Ces mêmes études rapportent une grandeur d'effet du protocole sur la tendance à s'inquiéter de 1,62 et de 2,38. Il repose sur un modèle conceptuel intégrateur (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998) appuyé par plusieurs études (Covin et al., 2008). De plus, il cible des mécanismes cognitifs psychologiques spécifiques à l'inquiétude soit l'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative face aux problèmes et l'évitement cognitif.

La cible centrale de ce protocole est l'intolérance à l'incertitude c'est-à-dire une caractéristique dispositionnelle résultant d'une « tendance excessive à considérer comme inacceptable la possibilité, si minime soit-elle, qu'un événement négatif incertain se produise » (Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001). Il s'agit d'une variable-clé pour comprendre les inquiétudes excessives puisque l'intolérance à l'incertitude et les inquiétudes sont fortement reliées entre-elles. Cette intolérance à l'incertitude s'avère le processus d'ordre supérieur qui contribuerait au maintien des croyances

positives envers les composantes du modèle théorique. De plus, les personnes intolérantes à l'incertitude seraient également plus susceptibles de garder en mémoire et d'interpréter des informations incertaines comme étant menaçantes, augmentant ainsi leur niveau d'inquiétudes excessives (Dugas et al., 2005).

Pour sa part, l'attitude négative face au problème se définit comme un ensemble de réactions non productives face à un problème. La personne aura peu de confiance dans ses habiletés à résoudre le problème et sera, p. ex., portée à concevoir le problème comme une menace à éviter plutôt qu'un défi (Ladouceur et al., 2000) . L'attitude négative face au problème est un prédicteur de la tendance à s'inquiéter (Dugas, Freeston, Ladouceur, 1997). Elle freine la personne dans l'application de ses habiletés de résolution de problème ce qui prolonge la durée du problème et donc le temps passé à s'inquiéter à propos de celui-ci. Enfin, selon Viau-Guay (2011), l'attitude négative face au problème serait le principal prédicteur de la tendance à s'inquiéter durant la période post-partum.

De son côté, l'évitement cognitif consiste en la suppression de l'imagerie mentale associée à la peur par l'inquiétude et son activité verbale. Ainsi, étant associées à l'évitement de l'imagerie mentale et résultant d'une activation physiologique, les inquiétudes interfèrent avec le processus émotionnel (Ladouceur et al., 2000). Outre que par l'inquiétude, l'évitement cognitif se manifeste par divers autres comportements tels que le fait de chercher à se distraire, de changer d'activité ou de modifier le contenu de

la pensée consciente par des efforts cognitifs particuliers (supprimer ou substituer une pensée, la remplacer par une autre plus agréable, etc.) (Gosselin et al., 2002). En plus d'être associé au maintien des inquiétudes et du TAG, ce mécanisme psychologique est aussi associé à une altération significative de la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Coles et Heimberg (2005) ont démontré que l'évitement cognitif par l'inquiétude était associé à un haut niveau de dépression et une faible satisfaction de vie.

En somme, l'ensemble des caractéristiques du protocole de traitement du TAG de Ladouceur et ses collègues en font une intervention de choix pour cibler les inquiétudes excessives et le TAG en post-partum. En plus de reposer sur un modèle conceptuel empiriquement validé, d'être efficace auprès de différents échantillons et d'avoir été testé en plusieurs modalités (individuelles, de groupe), il permet de cibler directement l'inquiétude et les symptômes anxieux, mais aussi des mécanismes psychologiques à la base du développement et du maintien des inquiétudes.

Pertinence et adaptation de la TCC usuelle du TAG au contexte du post-partum

Une étude récente a démontré que l'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative face au problème et l'évitement cognitif, qui sont ciblés par le traitement décrit précédemment, sont des prédicteurs de l'inquiétude et de l'adaptation des mères en période post-partum (Gosselin & Viau-Guay, 2011; Viau-Guay, 2011). Ainsi, il est possible que l'application d'un protocole ciblant ces mécanismes ait un impact positif sur les inquiétudes excessives en post-partum.

Certaines modifications au protocole original proposé par Ladouceur et ses collègues pourraient optimiser son efficacité en contexte post-partum. Le meilleur prédicteur de la tendance à s'inquiéter dans cette période semble être l'attitude négative face au problème (Gosselin & Viau-Guay, 2011; Viau-Guay, 2011). Ainsi, il serait justifié d'accorder une place plus importante au volet ciblant cette variable et de lier les autres composantes à ce mécanisme psychologique lors d'interventions de psychoéducation. Le protocole original de Ladouceur et al. (2000) prévoit trois séances pour travailler sur l'attitude négative face aux problèmes de même que la résolution de problème. En vue de travailler plus en profondeur sur les vulnérabilités ciblées par ce bloc de traitement, une séance supplémentaire a été ajoutée à ce bloc. Aussi, puisque les écrits scientifiques révèlent que l'anxiété en début de post-partum est associée à l'apparition subséquente de dépression et que les taux de dépression sont élevés dans cette période de vie (Rohde, Lewinsohn, & Seeley, 1991; Teissendré & Chabrol, 2003), il a été jugé pertinent d'ajouter au protocole un volet visant l'activation comportementale. Cet ajout est aussi cohérent avec les résultats des études citées précédemment qui montrent que l'activation comportementale par l'activité physique semble avoir un effet bénéfique sur la réduction des symptômes anxieux en post-partum (Craig et al., 2005; Milgrom et al., 2005; Misri et al. 2004; Misri et al., 2006) en plus de réduire considérablement la fatigue physique (Drista, Da Costa, Dupuis, & Khalifé, 2008) et la symptomatologie dépressive (Da Costa et al., 2009). De plus, l'activation comportementale par les activités sociales aurait pour effet de réduire l'isolement et augmenter le soutien perçu.

Le soutien de l'entourage aurait pour effet de prévenir la dépression. (Dennis et al. 2009). Ainsi, par l'activation des participantes via les activités physiques et sociales, ce bloc de traitement aura pour objectif de prévenir et de réduire les symptômes dépressifs et anxieux tout en favorisant l'adaptation parentale. Enfin, l'activation comportementale peut être pertinente pour faciliter ou accélérer l'implication des patients dans le travail fait au niveau des autres composantes de traitement (p.ex., exposition aux incertitudes, entraînement à la résolution de problème).

Objectif et questions de recherche

Ce projet vise à tester l'efficacité d'un traitement adapté pour le TAG et les inquiétudes en post-partum auprès de mères primipares. Deux questions de recherche sont formulées : (1) Une TCC ciblant l'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative face au problème et l'évitement cognitif sera-t-elle efficace pour diminuer la tendance à s'inquiéter et la sévérité des symptômes anxieux des mères souffrant d'un TAG en post-partum? (2) Est-ce que cette TCC sera associée à une diminution du stress parental, des difficultés d'adaptation parentale, des symptômes dépressifs et à une augmentation de la qualité de vie des mères souffrant d'un TAG?

Méthode

Déroulement

Le recrutement s'est fait à l'aide d'affiches publicitaires et par la présentation du projet de recherche à des groupes de femmes dans des organismes offrant des soins maternels. Elles ont été invitées à contacter notre équipe par téléphone. Ces femmes ont été évaluées en trois étapes : une évaluation téléphonique, une évaluation psychologique en face à face et une auto-évaluation à l'aide de questionnaires. L'entrevue téléphonique était d'une durée d'environ 30 minutes et vérifiait le motif de participation, la présence potentielle d'inquiétudes excessives et incontrôlables, la médication (durée, dosage et motif de la prescription) et des éléments touchant la grossesse (complications, santé de l'enfant). Les mères qui semblaient éligibles selon les critères d'inclusion ont été invitées à la deuxième évaluation. Celle-ci visait à confirmer la présence d'un TAG primaire à l'aide de l'ADIS-IV (Boivin & Marchand, 1996) et était réalisée par un assistant de recherche préalablement formée. Les entrevues ont été enregistrées sur bande audio en vue d'un accord inter-juges. Les questionnaires ont enfin été remis aux mères qui étaient éligibles à l'étude. Celles qui répondaient à tous les critères d'inclusion ont été invitées à participer au traitement de l'étude et nous leur avons transmis les carnets d'auto-observations visant à établir le niveau de base des variables dépendantes ciblées par le traitement (voir section instrument). Pour que le traitement puisse être débuté, les patientes devaient afficher un niveau de base de la tendance à s'inquiéter

stable. Si une fluctuation était observée, celle-ci devait traduire une tendance contraire à l'effet recherché par le traitement. Les carnets étaient aussi utilisés quotidiennement durant toute la durée du traitement, et ce, jusqu'à l'évaluation post-test qui a eu lieu deux semaines après la fin du traitement. Les participantes devaient remplir à nouveau les carnets, sur 14 jours, trois mois après la fin du traitement. Les questionnaires ont aussi été ré-administrés au post-test ainsi qu'aux suivis de trois mois. Lors des suivis les participantes ont aussi été réévaluées à l'aide de l'ADIS-IV. Les mères qui ont été exclues de l'étude, à l'une ou l'autre des étapes d'évaluation, ont été référées, si elles le désiraient, à des ressources appropriées.

Participantes

L'échantillon est composé de trois femmes francophones ayant accouché d'un premier enfant au cours de la dernière année. Pour être inclus dans l'étude, l'évaluation en trois étapes devait confirmer chez elle la présence des critères suivants: (a) être âgée d'au moins 18 ans, (b) bien comprendre le français, (c) répondre aux critères diagnostiques du TAG depuis au moins six mois et (d) avoir l'impression que la tendance à s'inquiéter et les symptômes anxieux se sont développés pendant la période post-partum, soit au cours des 12 mois suivants l'accouchement. Les critères d'exclusion suivants ont été utilisés : (a) avoir une médication instable ou nouvelle (antidépresseur, anxiolytique ou antipsychotique) depuis moins de six mois, (b) présenter un trouble de l'humeur ou un autre trouble anxieux primaire, (c) avoir un diagnostic secondaire actuel ou passé de schizophrénie, de trouble psychotique, de trouble bipolaire, de trouble

organique cérébral ou de déficience intellectuelle, (d) présenter un problème d'abus ou de dépendance à une substance, (e) avoir eu recours à une TCC pour l'anxiété au cours des 12 derniers mois, (f) avoir eu une grossesse multiple ou un enfant né avant 36 semaines de gestation ou né avec une malformation congénitale. Si un trouble psychiatrique concomitant était diagnostiqué (p. ex., un autre trouble anxieux), celui-ci devait être d'une sévérité moindre lorsque comparé au TAG (écart d'un point dans la sévérité à l'ADIS-IV).

Au terme de la phase de recrutement de l'étude, 11 femmes ont contacté notre équipe pour participer à l'étude. De ces 11 femmes, quatre ont été exclues, car elles ne répondaient pas aux critères diagnostiques du TAG, deux se sont désistées avant l'évaluation préliminaire et deux se sont désistées avant le début de la thérapie, car les cibles de traitement ne répondaient pas à leurs attentes. Plus spécifiquement, l'une d'entre-elles voulait travailler sur la gestion de ses émotions et l'autre voulait travailler sur certains symptômes dépressifs. Des références ont été suggérées aux femmes qui n'ont pas commencé la thérapie. En tout, trois femmes ont commencé la thérapie (P1, P2 et P3).

La participante 1 est une femme de 30 ans et mère d'un garçon âgé de huit mois lors du début de la thérapie. Elle était alors en congé de maternité d'un poste comme enseignante au secondaire. Ses principales inquiétudes concernaient sa relation de couple, la santé et la sécurité de son bébé et son apparence physique. À l'évaluation

initiale, elle présentait un diagnostic primaire de TAG (sévérité de 4/8) et ne prenait aucune médication psychiatrique. La participante rapporte avoir observé une exacerbation importante du temps passé à s'inquiéter un mois suivant la naissance de son enfant.

La participante 2 est une femme de 28 ans, mère d'une fille âgée de neuf mois lors du début de la thérapie. Elle était alors en congé de maternité et préparait son retour au travail comme enseignante au primaire. À l'évaluation initiale, elle présentait un diagnostic primaire de TAG (sévérité de 4/8) et ne prenait aucune médication psychiatrique. Ses principales inquiétudes concernaient la santé de son bébé et les soins à lui donner et les tâches à accomplir dans son quotidien. La participante aurait constaté une augmentation de la détresse vécue en lien avec ses inquiétudes suite à son accouchement.

La participante 3 est une femme de 26 ans, mère d'un garçon âgée de 10 mois lors du début de la thérapie. Elle venait tout juste de mettre fin à son congé de maternité en reprenant un poste de physiothérapeute. Elle rapportait souffrir d'inquiétudes excessives et incontrôlables concernant les activités lui demandant de se séparer de son enfant, la santé de son enfant, son travail, son apparence physique et sa relation avec son conjoint. La participante rapporte avoir toujours eu un tempérament anxieux, mais aurait observé une augmentation du temps à s'inquiéter suite à son accouchement. L'évaluation diagnostique a confirmé un diagnostic primaire de TAG (sévérité de 5/8) et un trouble

panique sans agoraphobie (sévérité de 4/8). Avant et pendant sa participation à l'étude elle n'aurait consommé aucune médication psychiatrique.

Instruments de mesures

Les effets du traitement sur les différents construits ont été mesurés à l'aide de différentes modalités d'évaluation soit : une entrevue semi-structurée, des questionnaires et des auto-observations quotidiennes.

Mesure des critères diagnostiques du TAG et de la présence de troubles à l'axe I

L'Entrevue Structurée Pour les Troubles Anxieux - DSM-IV (ADIS-IV; Boivin & Marchand, 1996). Les entrevues diagnostiques ont été effectuées à l'aide de l'ADIS-IV (Boivin & Marchand, 1996). L'ADIS-IV permet d'évaluer la présence et le degré de sévérité de troubles anxieux et d'autres troubles associés soit les troubles de l'humeur, de somatisation et d'abus ou de dépendance à des substances psychoactives et de symptômes psychotiques en fonction des critères du DSM-IV. Les entrevues étaient réalisées en face à face par des doctorants en psychologie. Ceux-ci ont reçu des formations sur l'utilisation de l'entrevue et étaient supervisés par des chercheurs spécialisés dans le traitement du TAG et ayant administré des entrevues similaires dans divers protocoles randomisés (p.ex., Gosselin et al., 2006; Ladouceur et al., 2000). Les entrevues étaient enregistrées afin de permettre un accord inter-juges des diagnostics. L'accord inter-juges observé à partir de l'écoute des entrevues au pré-test, basé sur le

diagnostic et la sévérité, était de 90%. Si désaccord subvenait lors d'une évaluation, une rencontre était fixée avec les évaluateurs et le chercheur-superviseur pour en arriver à une entente.

Mesures des symptômes du TAG et de la tendance à s'inquiéter

Le Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété (QIA; Dugas et al., 2001). 11 items évaluant les critères diagnostiques du TAG (APA, 2000). De ces 11 items, six évaluent la présence des symptômes somatiques associés au TAG. Ce questionnaire présente une spécificité, une sensibilité et une fidélité test-retest satisfaisante (neuf semaines; accord = 79 %). Pour les besoins de l'étude, seuls les items évaluant les symptômes somatiques ont été utilisés pour évaluer l'anxiété et ne pas engendrer de redondance avec l'ADIS-IV. Nous ferons référence à ces items par l'appellation QIA-Som. L'étendue des résultats pour cet instrument varie entre zéro et 48, un résultat élevé indiquant une plus grande sévérité des symptômes somatiques associés au TAG.

Questionnaire maison sur les Inquiétudes et sur la maternité (QIM, Viau-Guay & Gosselin, 2010). Il s'agit d'un questionnaire de neuf questions permettant d'évaluer la tendance à s'inquiéter des femmes à l'égard de la maternité. Il a été créé à partir des items 2, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14 et 15 du QIPS auxquels a été ajouté le thème de la maternité afin de mieux cibler les inquiétudes spécifiques à cette période. Par exemple, sur une échelle de réponse en cinq points passant de « Pas du tout correspondant » à « Extrêmement correspondant », une femme doit se prononcer sur le type d'énoncé

suivant : « Je m'inquiète souvent depuis que je suis mère » . L'étendue des résultats pour cet instrument varie entre neuf et 45, un résultat élevé indiquant une plus forte propension pour une femme à s'inquiéter à l'égard de la maternité. La cohérence interne de l'instrument, calculée dans l'étude de Viau-Guay (2011), s'avère excellente ($\alpha = 0,91$) en période post-partum.

Le Questionnaire sur les Inquiétudes du Penn State (QIPS, Gosselin, Dugas, Ladouceur & Freeston, 2001, traduction francophone validée du Penn State Worry Questionnaire, Meyer, Miller & Metzger, 1990). Cet instrument mesure la tendance à s'inquiéter chez une population adulte à l'aide de 16 items sur une échelle en cinq points. Les items du QIPS évaluent plusieurs dimensions des inquiétudes, soit la fréquence perçue (par ex., « Je m'inquiète tout le temps»), la notion d'excessivité (par ex., « Mes inquiétudes me submergent »), l'intensité et la contrôlabilité des inquiétudes (par ex., « Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter ») et la perception de soi comme étant une personne « inquiète » (par ex., « J'ai été inquiète tout au long de ma vie »). Il s'agit d'une mesure des inquiétudes validée et reconnue bien que non spécifique à la période post-partum. L'étude de validation de la version francophone de l'instrument appuie la structure factorielle, sa cohérence interne ($\alpha = 0,92$), la fidélité test-retest (quatre semaines; $r = 0,86$) et sa validité de convergence (Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freeston, 2001). L'étendue des résultats de l'instrument varie entre 16 et 80, plus le résultat étant élevé, plus une personne présente une tendance importante à s'inquiéter.

Mesures des variables cognitives et comportementales ciblés par le traitement

L'Inventaire de l'Intolérance à l'Incertitude (III; Gosselin et al., 2008). Il s'agit d'un questionnaire composé de 45 items et divisé en deux parties. La partie A regroupe 15 items évaluant une tendance à considérer inacceptable l'incertitude de la vie. La partie B comprend 30 items et évalue six manifestations cognitives et comportementales de l'intolérance à l'incertitude : la surestimation des probabilités d'occurrence d'un événement négatif, l'évitement de situations incertaines, le doute, le contrôle, les inquiétudes et la recherche de réconfort. La cotation est effectuée selon une échelle de type Likert en cinq points allant de 1 « pas du tout correspondant » à 5 « tout à fait correspondant », permettant d'obtenir des résultats entre 15 et 75 pour le IIIA et entre 30 et 45 pour le IIIB. Plus le résultat obtenu est élevé plus la personne présente une tendance élevée à s'inquiéter. La structure factorielle de l'III est bien définie et possède une excellente cohérence interne pour la première section ($\alpha = 0,93$), ainsi que pour la deuxième section ($\alpha = 0,96$). Le questionnaire démontre une bonne validité convergente et factorielle de même qu'une stabilité temporelle très satisfaisante (cinq semaines; $r = 0,78$) (Gosselin et al., 2008).

Le Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes (QAP; Gosselin, Ladouceur, & Pelletier, 2001). Il évalue l'attitude négative face aux problèmes soit la tendance d'un individu à considérer un problème comme étant une menace à son bien-être, à être pessimiste face aux chances de résoudre les problèmes, à douter des solutions

potentielles et à douter de ses habiletés pour les résoudre. Il comprend 12 items dont la cotation est effectuée selon une échelle de type Likert en cinq points allant de 1 « pas du tout correspondant » à 5 « tout à fait correspondant », permettant d'obtenir des résultats entre 12 et 60. Plus une personne obtient un score élevé, plus elle endosse une attitude négative face aux problèmes. Ce questionnaire possède une très bonne validité, une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,90$) et une excellente stabilité temporelle (quatre semaines; $r = 0,86$) (Gosselin et al., 2001).

Le Questionnaire d'Évitement Cognitif (QÉC; Gosselin et al., 2002). Ce questionnaire évalue les stratégies utilisées par une personne pour éviter ou chasser des pensées intrusives et dérangeantes. L'instrument est composé de 25 items évaluant cinq stratégies d'évitement cognitif : 1) la distraction; 2) l'évitement des stimuli déclenchant les pensées désagréables; 3) la suppression de; 4) la transformation d'images en pensées verbales et 5) la substitution de pensées. La cotation de chacun des items se fait à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points menant à des résultats se situant entre 25 et 125, plus le résultat étant élevé, plus la personne étant portée à utiliser des stratégies d'évitement cognitif. Ce questionnaire possède une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,95$), validité convergente satisfaisante, et une très bonne stabilité temporelle (quatre semaines; $r = 0,81$) (Gosselin et al. 2002).

Mesures complémentaires des effets du traitement

L'Inventaire du Stress Parental (ISP; Abidin, 1995). 101 items évaluant le niveau

d'adaptation de la mère face au stress à l'intérieur du système parent-enfant en fonction de deux domaines. Le domaine maternel est composé de sept dimensions : la dépression (par ex., « Lorsque je pense à quelle sorte de parent je suis, je me sens souvent coupable ou mal à l'aise »), le sentiment de compétence (par ex., « Je me trouve compétente et maître de la situation lorsque je m'occupe de mon enfant »), l'investissement du rôle parental ou l'attachement (par ex., « Cela prend beaucoup de temps aux parents avant de créer des rapports étroits et chaleureux avec leurs enfants »), les relations maritales (par ex., « La naissance de mon enfant m'a causée plus de problèmes que j'avais prévu dans ma relation avec mon conjoint »), l'isolement social (par ex., « Je me sens seule et sans amis »), la santé (par ex., « Physiquement, je me sens bien la plupart du temps ») et la restriction parentale (par ex., « Je me sens très coincée par mes responsabilités de parent »). Le domaine lié à l'enfant aborde les perceptions maternelles associées à six caractéristiques de l'enfant soit, l'adaptation, les demandes, l'humeur, l'hyperactivité, l'acceptation (se conforme aux attentes parentales) et le renforcement (au parent). Pour les fins de l'étude, seul le domaine maternel a été administré puisque le domaine de l'enfant réfère à des comportements d'enfants beaucoup plus âgés que les poupons concernés dans cette recherche. Il se cote sur une échelle Likert. Le score est obtenu en additionnant les résultats aux sous-échelles. Les résultats varient entre 47 et 234 et plus un résultat est élevé, plus une mère présente un indice élevé de stress parental. La cohérence interne de l'instrument original est bonne (α de 0,80 à 0,87). L'instrument possède une validité de contenu, concurrente et de construit acceptable ($\alpha = 0,95$) (Loyd & Abidin, 1985) et a été validé pour une population canadienne-française (Bigras,

Lafrenière, & Abidin, 1996).

Le Postpartum Self Evaluation Questionnaire (PPSEQ; Lederman, Weingarten, & Lederman, 1981). Il mesure l'adaptation à la maternité en période post-partum à l'aide de 82 items. Il est composé de sept sous échelles : 1) qualité de la relation avec le partenaire (par ex., « Je me sens proche de mon conjoint »), 2) perception de la participation du partenaire dans les soins prodigués à l'enfant (par ex., « Mon conjoint prend part aux soins à donner au bébé »), 3) gratification associée à l'accouchement (par ex., « La naissance du bébé me donne un sentiment de réalisation personnelle »), 4) satisfactions par rapport aux circonstances de la vie (par ex., « Nous n'avons pas les moyens d'acheter tout ce dont nous avons besoin »), 5) confiance et adaptation liée aux tâches de la maternité (par ex., « J'ai confiance en ma capacité de prendre soin de mon bébé »), 6) satisfaction liée à la maternité et aux soins de l'enfant (Par ex., « Allaiter ou nourrir mon bébé est une source de satisfaction »), 7) soutien de la parenté et des amis au rôle maternel (par ex., « J'ai des parents et amis qui m'encouragent à prendre soin du bébé à ma façon »). Les items sont complétés à partir d'une échelle de type Likert en quatre points, les résultats allant de 82 à 328. Un résultat élevé indique la présence d'une difficulté liée au développement de la maternité ou d'une anxiété adaptative. Plusieurs études ont démontré la validité de l'instrument. Il présente une cohérence interne adéquate (α de 0,73 à 0,90), à six semaines en post-partum. Bien que la version francophone de l'instrument n'a pas encore été validée, elle démontre une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,93$) dans l'étude de Viau-Guay (2011).

L'Échelle de Dépression Post-natale d'Édimbourg (EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Il s'agit d'une échelle de 10 items conçue pour détecter les mères à risque ou souffrant de dépression post-partum. L'instrument est reconnu pour mesurer davantage les symptômes psychologiques que les symptômes somatiques de la dépression (par ex., « Pendant la semaine qui vient de s'écouler, je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré »). Les résultats varient entre zéro et trente. Le résultat critère pour apposer un diagnostic de dépression par questionnaire étant de 12 points ou plus. Un score de 13 ou plus semble maximiser l'évaluation de la dépression (voir Cox et al., 1987; Guedeney & Fermanian, 1998). Les propriétés psychométriques de la version française montrent une bonne validité de critère et de construit, une cohérence interne acceptable ($\alpha = 0,76$) et une excellente fidélité test-retest (Guedeney & Fermanian, 1998).

Mesure d'auto-observations

Des carnets, remplis quotidiennement, contenaient les questions suivantes : 1) Combien de temps avez-vous passé à vous inquiéter aujourd'hui? ; 2) Jusqu'à quel point avez-vous été tendue ou anxieuse aujourd'hui? et 3) Jusqu'à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie aujourd'hui? La première question a permis d'établir le niveau de base du comportement/symptôme-cible pour chaque participante. Les auto-observations ont également permis de suivre l'évolution de la tendance à s'inquiéter, de l'anxiété et de la qualité de vie des participantes au cours de la thérapie et aux suivis post-traitement.

Les participantes répondaient à la deuxième et troisième question à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points allant de 0 « aucunement » à 8 « extrêmement ».

Protocole expérimental

Un protocole quasi-expérimental à cas unique, de type niveaux de base multiples en fonction des individus a été employé afin de contrôler les sources d'invalidité et démontrer la coïncidence des améliorations observées chez les mères avec l'application du traitement. Ce protocole présume que les effets thérapeutiques se manifesteraient environ au même moment pour chaque participante. Par conséquent, le maintien d'un niveau de base et le décalage temporel relatif au début du traitement pour chaque participante diminuent les biais potentiels et rehausse la validité interne de l'étude. Chaque participante a commencé la démarche thérapeutique après l'établissement de la stabilité de son niveau de base qui est le temps dans une journée passé à s'inquiéter (Kazdin, 1998; Ladouceur & Bégin, 1980). L'évolution du niveau de base a été jugée satisfaisante après 14 jours dans le cas de la participante 1, après 21 jours d'auto-observation pour la participante 2 et 28 jours pour la participante 3. Chaque période de 7 jours d'auto-observation du niveau de base était suivie d'une rencontre téléphonique avec la thérapeute. La première participante contactée, dont la stabilité du niveau de base a été observée, a débuté la thérapie. Toutes les séances ont été enregistrées afin qu'un autre psychologue vérifie l'intégrité thérapeutique. Les autres participantes avaient un contact téléphonique avec la thérapeute n'impliquant aucune intervention visant à : (a) vérifier si les carnets d'auto-observation ont été remplis adéquatement; (b) contrôler l'effet que

peut entraîner la prise en charge par le thérapeute; (c) maintenir la motivation; (d) évaluer leur état. Dès que la première participante a débuté la thérapie, la thérapeute a contacté celles qui étaient en attente par téléphone durant la semaine afin de réaliser les étapes nommées précédemment (de 10 à 15 minutes).

Traitement et thérapeute

Toutes les rencontres de psychothérapie ont été administrées par la même thérapeute, une doctorante (dernière année) et interne en psychologie spécialisée en approche cognitive et comportementale et ayant des connaissances approfondies du TAG. Celle-ci était supervisée par un psychologue clinicien chercheur possédant plus de 15 ans d'expérience dans le traitement du TAG et dans la réalisation de protocole de traitement du trouble. Toutes les séances étaient enregistrées sur appareil audio dans le but d'évaluer l'intégrité thérapeutique. Un échantillon de 25% des sessions de traitement sélectionnées aléatoirement pour chaque participante ont été évalués à l'aide d'une grille mesurant l'intégrité thérapeutique du TAG (adaptée de protocoles antérieurs), afin de s'assurer que les interventions prévues aient été couvertes durant les sessions et qu'aucune autre intervention non permise n'aient été ajoutée au protocole. Une attention particulière a été apportée pour que toutes les composantes du traitement soient évaluées. Le taux d'intégrité thérapeutique calculé est de 100%.

La thérapie réalisée requérait 13 rencontres hebdomadaires de 60 minutes et avait pour objectif de permettre aux participantes de développer des habiletés leur permettant

mieux gérer leur anxiété et de réduire l'intensité et la fréquence de leurs inquiétudes excessives et incontrôlables. Les composantes d'intervention utilisées proviennent principalement du protocole de traitement du Trouble d'anxiété généralisée développé par Dugas et Ladouceur (2000). Les composantes ont été abordées en six principaux blocs de rencontres.

Composante du traitement

Bloc 1. Une rencontre qui avait pour but de réviser les objectifs du traitement, les caractéristiques des interventions utilisées et les éléments essentiels à la réussite de la démarche thérapeutique (implication active, pratiques fréquentes). Des éléments de base permettant de mieux comprendre l'anxiété étaient également présentés. Finalement, les participantes étaient amenées dès la première rencontre à prendre conscience de leurs inquiétudes au quotidien en identifiant des thèmes d'inquiétude tout en précisant l'enchaînement des conséquences appréhendées et apprenant à distinguer deux catégories d'inquiétude soit les inquiétudes qui découlent d'un problème actuel et celles ne découlant pas d'un problème actuel (éventualités).

Bloc 2. Deux rencontres qui avaient pour objectif de développer la compréhension des participantes des inquiétudes et de l'anxiété en introduisant le concept clé d'intolérance à l'incertitude dans un contexte de période post-partum. Les participantes étaient invitées à prendre conscience du rôle de ce facteur de développement et de maintien des inquiétudes en plus d'identifier ses manifestations dans leurs

comportements quotidiens. Les participantes étaient grandement encouragées à développer leur tolérance à l'incertitude en adoptant de nouveaux comportements leur permettant de s'exposer à l'incertitude.

Bloc 3. Une rencontre qui avait entre autres pour objectif d'activer la mère vers des activités plaisantes afin de favoriser l'adaptation et diminuer l'humeur dépressive. L'accent était mis sur les activités leur permettant d'être en contact avec d'autres personnes et les activités impliquant un effort physique. Par ce volet, les mères ont été amenées à voir comment le choix de leurs activités avait une influence sur leur humeur au quotidien. Bien que l'activation comportementale fût présentée dans le cadre d'une seule rencontre, les exercices associés étaient pratiqués pendant une période de quatre semaines. De ce fait, ce bloc ouvrait la porte à des situations nécessitant de la résolution de problème et nécessitant l'augmentation de la tolérance à l'incertitude et a permis aux femmes d'observer d'elles-mêmes les manifestations de leur intolérance à l'incertitude de même que leur attitude négative face au problème.

Bloc 4. Quatre rencontres ciblaient principalement le traitement des inquiétudes découlant de problèmes présents dans la vie des participantes. Les participantes étaient amenées à identifier les problèmes susceptibles d'être à l'origine d'une partie de leurs inquiétudes. Ensuite, des interventions d'entraînement à la résolution de problèmes étaient introduites afin d'améliorer leurs habiletés de résolution, tout en favorisant l'action comportementale et en dénonçant les effets négatifs de l'inaction. Une emphase

particulière a été mise sur la prise de conscience de la présence d'attitude négative face au problème et à sa modification par des interventions de restructuration cognitive.

Bloc 5. Trois rencontres qui ciblaient le traitement des inquiétudes ne découlant pas de problèmes actuels (appréhension d'éventualité) à travers l'entraînement à l'exposition cognitive. Pour ce faire, les participantes devaient utiliser l'enchaînement des conséquences provenant de leurs inquiétudes (introduite durant le bloc 1) et rédiger un court scénario d'exposition. L'inquiétude la plus dérangeante faisait l'objet de la première séance d'exposition.

Bloc 6. Deux rencontres qui visaient à consolider l'application des différentes stratégies d'intervention. Un arbre décisionnel résumant les notions et les techniques abordées pendant la thérapie était remis aux participantes. Finalement, un bilan des acquis était effectué et des objectifs personnels à réaliser à court, moyen et long terme étaient fixés.

Afin de faciliter l'acquisition de nouvelles habiletés chez les participantes, des exercices standardisés devaient être réalisés à chaque semaine en vue d'appliquer les éléments abordés lors des rencontres. Chaque participante recevait aussi un document résumant les notions abordées à la fin des différents blocs de rencontres. Il est à noter que même si la correction de croyances erronées concernant l'utilité des inquiétudes ne faisait pas partie intégrante d'un bloc de rencontres, celles-ci étaient abordées tout au

long du traitement en tant qu'obstacles aux actions comportementales.

Résultats

Auto-observations quotidiennes

La figure 1 présente la fluctuation des auto-observations concernant le temps passé à s'inquiéter pour chaque participante. Les données brutes sont homogénéisées à l'aide du calcul de la moyenne comprenant les sept mesures quotidiennes de la semaine présentée. Cette procédure est appuyée par Sideridis (1997) pour évaluer l'efficacité d'un traitement. L'examen des figures permet d'observer que le niveau de base est en pente nulle pour P2, c.-à-d. que son temps d'inquiétude n'augmente ni ne diminue avant le début du traitement. Pour P1 et P3, le niveau de base est en pente positive, c.-à-d. que leur temps d'inquiétude augmente légèrement avant le début du traitement. L'inspection visuelle permet de constater une diminution du temps d'inquiétudes au cours du traitement pour toutes les participantes. Pour P1, la moyenne du temps passé à s'inquiéter est de 2,57 heures au prétest, 0,23 heure au post-test et 0,41 heure au suivi de trois mois. Pour P2, le temps moyen d'inquiétude est de 1,62 heure au pré-test, 0,29 heure au suivi pos-test et 0,27 heure au suivi de trois mois. P3 a un temps moyen d'inquiétude de 2,92 heures au prétest et de 3,02 heures lors des huit semaines de thérapie qu'elle a complétées. Le temps moyen passé à s'inquiéter, au cours des deux dernières semaines d'auto-observation, était de 1,86 heure. Malheureusement, ses auto-observations au post-test et au suivi trois mois sont manquantes.

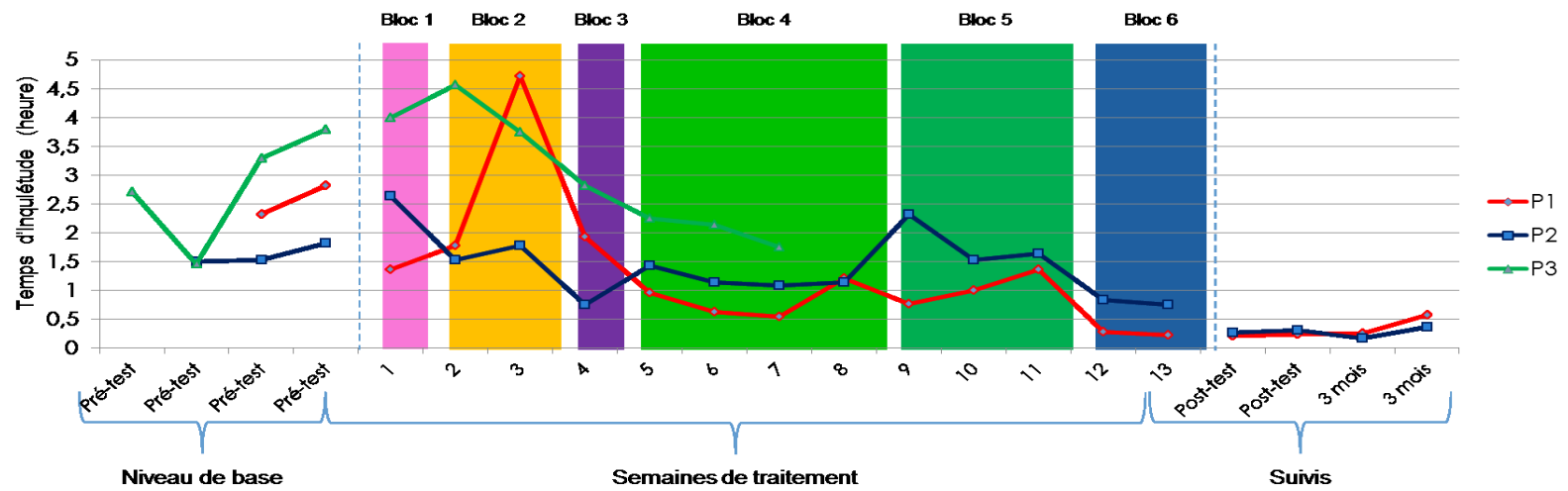


Figure 1. Temps d'inquiétude tel que rapporté dans les carnets d'auto-observation

La figure 2 illustre l'évolution du niveau de tension et d'anxiété ressenti et rapporté par les participantes avant pendant et après la thérapie. L'analyse visuelle permet d'observer que le niveau d'anxiété et de tension ressenti tend à diminuer au cours de la thérapie. Le bloc 2 sur l'intolérance à l'incertitude et le bloc 5 sur l'exposition cognitive sont ceux où la pente négative semble la plus prononcée.

La figure 3 présente le niveau de satisfaction de vie tel que rapporté dans les carnets d'auto-observations par chaque participante. Nous pouvons y observer un niveau de satisfaction de vie élevé et relativement stable à tous les temps de mesures, pour toutes les participantes.

Évaluations cliniques

Au post-test et au suivi de trois mois, les participantes 1 et 2 ne présentent plus de diagnostic clinique de TAG (moins de 4/8 à l'échelle de sévérité de l'ADIS-IV). La participante 3 qui a abandonné après avoir complété le bloc 4 de la thérapie, rencontre toujours les critères du diagnostic du TAG au post-test. Le degré de sévérité au post-test (4/8) apparaît cependant inférieur à celui établi au pré-test (5/8).

Questionnaires auto-rapportés

Indice clinique de changement.

Deux calculs ont permis d'évaluer la présence de changements cliniquement

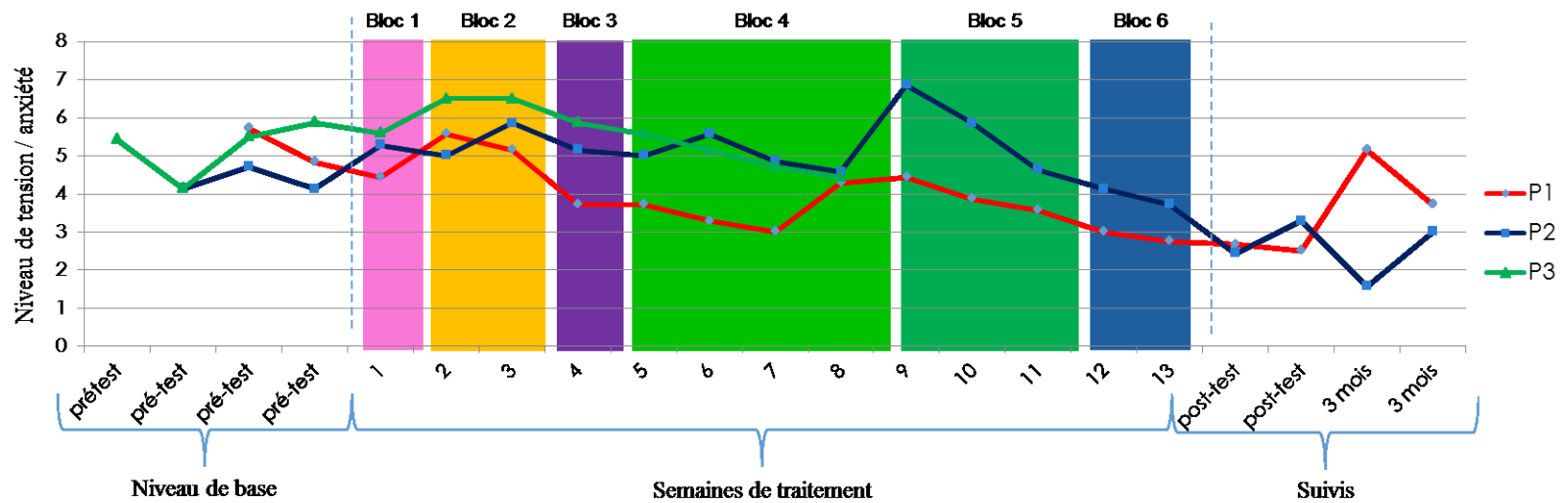


Figure 2. Niveau de tension et d'anxiété ressenti tel que rapporté dans les carnets d'auto-observation

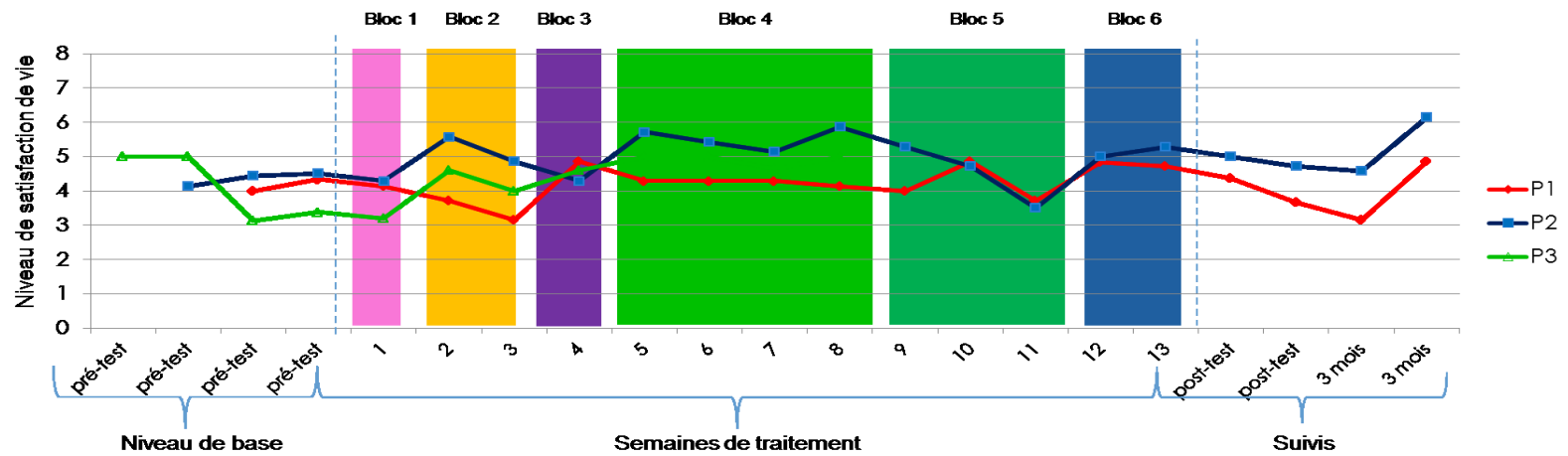


Figure 3. Niveau de satisfaction de vie moyen par semaine tel que rapporté dans les carnets d'auto-observation

significatifs aux mesures de symptômes du TAG (QIPS, QIM, QIA-Som, ADIS-IV), aux variables ciblées par le traitement (III, QAP, QEC) et aux variables traduisant l'adaptation maternelle (PPSEQ, ISP). Dans un premier temps, à partir de la formule proposée par Jacobson et Truax (1991), un score critère a été calculé pour chaque variable. Ce score correspond à un point de coupure prenant en considération la distribution des scores d'une population dysfonctionnelle et d'une autre fonctionnelle à un questionnaire particulier. Il permet de déterminer si les résultats des participantes se situent dans l'étendue clinique (supérieurs aux scores critères donc sans changement significatif) ou dans la zone non clinique fonctionnelle. Pour la majorité des questionnaires (QIM, QIA-Som, III-A, III-B, ISP, PPSEQ et EPDS), nous avons pu établir le score critère en fonction de populations de femmes en période post-partum en nous basant sur des études antérieures (Bax-D'Auteuil, 2011; Viau-Guay, 2011) ciblant cette population. Dans un second temps, des indices objectifs de changement (Reliable Change Index) ont été calculés pour déterminer l'importance du changement lorsque les participantes s'amélioreraient sans atteindre la zone non clinique fonctionnelle. Cette méthode, proposée par Jacobson, Follette et Revenstorf (1984) et précisée par Christensen et Mendoza (1986), est complémentaire à la précédente, puisqu'elle tient compte de l'ampleur du changement. Les indices supérieurs à 1,96 représentent un changement cliniquement significatif (Jacobson et al., 1984). Le tableau 1 illustre les résultats obtenus aux questionnaires pour chaque étape d'évaluation (pré-test, post-test et suivi trois mois) ainsi que les scores critères calculés. P1 et P2 atteignent des niveaux

non cliniques à tous les questionnaires et à tous les temps de mesures. P3 atteint des niveaux non cliniques aux mesures du QIM, de l'III-A, du QAP et du QEC. De plus, on observe chez cette même participante des changements significatifs aux mesures du QIPS et de l'EDS. En résumé, toutes les participantes atteignent des niveaux non cliniques sur presque toutes les mesures.

Tableau 1

Résultats aux questionnaires en fonction des phases d'évaluation

Participant	Instruments	Score critère	Phases d'évaluation		
			Pré-test	Post-test	Suivi 3 mois
Participant 1	Symptômes TAG				
	QIM	24,44	31	22*	16*
	QIA-Som	24,96	21	18 ^b	9 ^b
	QIPS	55,28	51	35* ^b	39* ^b
	Processus TAG				
	III-A	41,39	52	33*	34*
	III-B	78,50	78	50 ^b	43 ^b
	QAP	26,46	21	14* ^b	13* ^b
	QEC	56,16	55	32* ^b	32* ^b
	Adaptation				
	ISP	121,34	142	108*	117*
	PPSEQ	171,29	210	182	162*
	EPDS	7,61	12	0*	3*
Participant 2	Symptômes TAG				
	QIM	24,44	37	16*	13*
	QIA-Som	24,96	34	10*	10*
	QIPS	55,28	64	35*	31*
	Processus TAG				
	III-A	41,39	51	25*	20*
	III-B	78,50	100	38*	36*

Tableau 1

Résultats aux questionnaires en fonction des phases d'évaluation (suite)

Participants	Instruments	Score critère	Phases d'évaluation		
			Pré-test	Post-test	Suivi 3 mois
Participant2	Processus TAG				
	QAP	26,46	29	14*	13*
	QEC	56,16	56	28*b	28*b
	Adaptation				
	ISP	121,34	136	107*	99*
	PPSEQ	171,29	174	154	154
	EPDS	7,61	16	4*	0*
Participant 3	Symptômes TAG				
	QIM	24,44	33	24*	N/D
	QIA-Som	24,96	39	30	N/D
	QIPS	55,28	75	62*a	N/D
	Processus TAG				
	III-A	41,39	57	36*	N/D
	III-B	78,50	141	113	N/D
	QAP	26,46	54	22*	N/D
	QEC	56,16	63	56*	N/D
	Adaptation				
	ISP	121,34	178	161	N/D
	PPSEQ	171,29	240	194	N/D
	EPDS	7,61	19	8*a	N/D

Notes. : Changement cliniquement significatif**a : Bien que le résultat demeure dans l'étendue clinique, l'indice de changement démontre une diminution clinique réelle ($p < 0,05$)**b : Résultats déjà dans l'étendue non clinique avant l'intervention*

Le Tableau 2 présente les résultats aux sous échelles de l'ISP duquel se dégage des changements similaires pour les deux participantes ayant complété le traitement. En effet, à tous les temps de mesures, on peut y constater que P1 et P2 atteignent des

niveaux non cliniques aux sous-échelles « Restriction » et « Santé du parent » de même qu'un changement significatif à la sous-échelle « Isolement social ». Pour les mêmes sous-échelles, P3 obtient des changements significatifs à « Isolement social » et « restriction » à l'évaluation post-traitement.

Tableau 2

Résultats aux sous échelles de l'Indexe de Stress Parental

Participant	Sous-échelles	Score critère	Phases d'évaluation		
			Pré-test	Post-test	Suivi 3 mois
Participant 1	Attachement	16	8	7 ^b	7 ^b
	Isolement social	26	23	17* ^b	20* ^b
	Relation conjugale	23	23	16*	18
	Sentiment de compétence	37	22	19 ^b	18 ^b
	Dépression/culpabilité	27	22	14* ^b	16 ^b
	Restriction	26	27	22*	24*
	Santé du parent	16	17	13*	13*
Participant 2	Attachement	16	7	7 ^b	6 ^b
	Isolement social	26	21	11* ^b	13* ^b
	Relation conjugale	23	20	17 ^b	14 ^b
	Sentiment de compétence	37	25	21 ^b	20 ^b
	Dépression/culpabilité	27	19	15 ^b	14 ^b
	Restriction	26	27	22*	18*
	Santé du parent	16	17	14*	14*
Participant 3	Attachement	16	15	14 ^b	N/D
	Isolement social	26	24	20* ^b	N/D

Tableau 2

Résultats aux sous échelles de l'Indexe de Stress Parental (suite)

Participant	Sous-échelles	Score critère	Phases d'évaluation		
			Pré-test	Post-test	Suivi 3 mois
Participant 3	Relation conjugale	23	29	29	N/D
	Sentiment de compétence	37	30	30 ^b	N/D
	Dépression/culpabilité	27	30	23*	N/D
	Restriction	26	30	27* ^a	N/D
	Santé du parent	16	20	19	N/D

Notes.* : Changement cliniquement significatif

a : Bien que le résultat demeure dans l'étendue clinique, l'indice de changement démontre une diminution clinique réelle ($p < 0,05$)

b : Résultats déjà dans l'étendue non clinique avant l'intervention

Le tableau 3 présente les résultats aux sous échelles du PPSEQ où l'on note un changement cliniquement significatif chez les trois participantes à la sous-échelle « Satisfaction face à la maternité ». De plus, on y observe un changement cliniquement significatif à la sous-échelle « satisfaction de vie » au suivi trois mois pour les deux participantes ayant complété la thérapie.

L'index de fonctionnement global.

Afin d'apprécier le changement clinique global des participantes, un score composite a été créé en fonction des résultats obtenus aux principales mesures d'évaluation au suivi post-test et trois mois. Les critères sont les suivants : (1) l'absence de diagnostic de TAG (sévérité de moins de 4 à l'ADIS); (2) un changement significatif et un résultat non

clinique aux mesures de symptômes (QIM, QIA-Som et QIPS); (3) un changement significatif et un résultat non clinique à l'ISP et de l'EPDS. Le nombre de modalités

Tableau 3

Résultats aux sous échelles du Questionnaire d'Auto-Évaluation sur la Période Postpartum

Participant	Sous-échelles	Score critère	Phases d'évaluation		
			Pré-test	Post-test	Suivi 3 mois
Participant 1	Relation conjugale	24,87	43	26	24
	Aide du conjoint	20,75	26	23	23
	Gratification	21,82	24	24	17
	Satisfaction de vie	21,96	26	21	20*
	Confiance tâche mère	30,12	25	23 ^b	21 ^b
	Soutien famille amis	25,94	37	41	36
	Satisfaction maternité	26	29	24*	20*
Participant 2	Relation conjugale	24,87	22	19 ^b	22 ^b
	Aide du conjoint	20,75	18	16 ^b	18 ^b
	Gratification	21,82	16	16 ^b	18 ^b
	Satisfaction de vie	21,96	28	24	19*
	Confiance tâche mère	30,12	28	22 ^b	23 ^b
	Soutien famille amis	25,94	35	35	33
	Satisfaction maternité	26	23	23*	22*
Participant 3	Relation conjugale	24,87	39	34	N/D
	Aide du conjoint	20,75	32	26	N/D
	Gratification	21,82	32	30	N/D
	Satisfaction de vie	21,96	22	22	N/D
	Confiance tâche mère	30,12	42	28	N/D
	Soutien famille amis	25,94	36	27 ^{*a}	N/D
	Satisfaction maternité	26	47	24*	N/D

Notes.* : Changement cliniquement significatif

a : Bien que le résultat demeure dans l'étendue clinique, l'indice de changement démontre une diminution clinique réelle ($p < 0,05$)

b : Résultats déjà dans l'étendue non clinique avant l'intervention

pour lesquelles le critère est atteint, détermine le niveau de fonctionnement global.

L'échelle suivante a été utilisée : niveau faible (0 à 2 critères rencontrés), niveau modéré (3 à 4 critères rencontrés) et niveau élevé (5 à 6 critères rencontrés).

À l'évaluation post traitement, P1 et P2 présentent un niveau de fonctionnement global élevé avec une cote de cinq pour P1 et de six pour P2. P3 obtient quant à elle un niveau de fonctionnement global faible avec une cote de 1. Au suivi trois mois, P1 et P2 maintiennent leurs gains en demeurant à un niveau de fonctionnement élevé.

Discussion

Cette étude avait pour objectif principal de tester l'efficacité d'une TCC adaptée pour le TAG et les inquiétudes qui se développent en période post-partum auprès de mères primipares. Dans un second temps, l'étude visait aussi à observer l'effet d'une telle intervention sur le niveau d'adaptation parentale des mères. À notre connaissance, il s'agit de la première étude à évaluer l'efficacité et les impacts sur le niveau d'adaptation parentale d'une TCC chez les femmes primipares qui rapportent le développement d'un TAG en période post-partum.

Dans l'ensemble, les participantes s'améliorent toutes à la suite du traitement. Au post-test et au suivi trois mois, aucune des deux participantes ayant complété la thérapie ne présente de diagnostic de TAG. Pour les trois participantes, une amélioration clinique et statistique de leur symptomatologie à tous les temps de mesure est observée. Les deux participantes ayant complété la thérapie atteignent un niveau de fonctionnement global élevé au post-test et au suivi de trois mois. Ainsi, il en ressort que le traitement, inspiré du protocole original de Ladouceur et ses collègues, ciblant les différentes composantes cognitives et comportementales associées au TAG, est efficace pour réduire de façon significative la tendance à s'inquiéter et la tendance à s'inquiéter à l'égard de la maternité. En effet, aux figures 1 et 2, il est possible d'observer la réduction du temps passé à s'inquiéter et du niveau de tension et d'anxiété ressenti par le biais des auto-observations rapportées par les participantes. De façon plus spécifique, les scores obtenus aux questionnaires maison sur l'inquiétude et la maternité vont dans le même sens en indiquant une réduction des inquiétudes concernant la maternité.

Effets des cibles de traitement sur l'inquiétude et les vulnérabilités cognitives

L'activation comportementale. L'ajout d'un volet impliquant l'activation comportementale a pu favoriser l'efficacité du protocole de traitement pour cette population en contribuant à réduire certains symptômes du TAG. D'abord, il est reconnu que l'activité physique est efficace pour réduire le niveau de tension physique et l'anxiété. (De Mello et al., 2013; Lewis, Martinson, Sherwood, & Avery, 2011). En plus, des stressors psychosociaux, la période post-partum est caractérisée par un ensemble de stressors physiques pour la mère qui manque de sommeil, qui dans certains cas allaite, et qui se retrouve avec un surplus de poids en raison de la grossesse. L'introduction d'activités physiques a pu permettre de gérer plus efficacement ces sources de stress. L'activité physique est également reconnue pour améliorer la qualité du sommeil (Reid et al., 2010; Soltani et al., 2012) notamment Soltani et al. (2012) démontrent que la pratique d'activité physique modérée est un facteur associé à une meilleure qualité de sommeil chez les femmes. Dans leur étude Dritsa et al. (2008) ont démontré que la pratique d'activités physiques au quotidien était associée à une réduction significative de la fatigue chez les femmes en post-partum. Ceci a donc pu contribuer à réduire les symptômes somatiques de fatigabilité et de difficultés de sommeil chez les participantes. L'activation comportementale par le biais d'activités sociales a pu encourager les mères à prendre soin de leurs relations aux autres ce qui a permis de réduire le stress parental associé à l'isolement social tel qu'observer à cette sous-échelle de l'ISP (Tableau 2). De façon générale, il est possible de penser que l'introduction d'un bloc de traitement visant

l'activation comportementale des mères par les activités physiques et sociales à contribuer à la réduction de l'intensité des symptômes du TAG.

De plus, les différentes interventions ciblant les vulnérabilités cognitives sous-jacentes à l'inquiétude (l'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative face aux problèmes et l'évitement cognitif) ont pu avoir des effets directs et indirects sur la tendance à s'inquiéter et les symptômes du TAG

L'intolérance à l'incertitude. Le bloc ciblant spécifiquement l'intolérance à l'incertitude a pu permettre aux participantes d'obtenir différents gains thérapeutiques. Tel que souligné par Gosselin (2006) et le modèle conceptuel du TAG de Dugas et al. (1998), les manifestations d'intolérance à l'incertitude sont maintenues chez les patients anxieux par renforcement négatif. En évitant les incertitudes, les nouvelles mères apaisent leur niveau d'anxiété à court terme, mais réduisent la fréquence d'exposition à l'incertitude ce qui consolide leurs comportements d'évitement. Les comportements visant à éviter, réduire ou contourner l'incertitude peuvent prendre plusieurs formes : l'évitement de situations incertaines, le doute, le contrôle, les inquiétudes et la réassurance. À moyen et à long terme, ces réactions face à l'incertitude interfèrent avec l'adaptation aux situations de vie, contribuent à l'augmentation de l'intolérance à l'incertitude, les inquiétudes ainsi que la détresse associée au TAG. Le bloc ciblant spécifiquement l'intolérance à l'incertitude a possiblement permis aux participantes de prendre conscience de leurs réactions face à l'incertitude et leurs impacts sur l'anxiété et les inquiétudes. Ce bloc leurs a pu les aider à reconnaître les situations incertaines et

d'accepter l'incertitude comme faisant partie de la vie. En ayant une nouvelle compréhension concernant l'intolérance à l'incertitude, elles ont pu développer de nouvelles stratégies adaptatives par le biais de l'exposition à l'incertitude. L'exposition à l'incertitude a pu engendrer le développement d'un nouveau répertoire d'habiletés cognitives et comportementales face aux incertitudes et à l'anxiété sous-jacente. Ainsi à la place d'adopter des comportements tels que la procrastination, elles étaient encouragées à tenter d'agir différemment en passant, p. ex., plus rapidement à l'action. L'exposition répétitive à l'incertitude leur a pu également permettre de modifier graduellement leurs perceptions et leurs interprétations des situations incertaines (Ladouceur et al., 2000). Ainsi, les résultats, au post-test et au suivi trois mois, à l'III suggèrent une réduction cliniquement et statistiquement significative de l'intolérance à l'incertitude. Ces changements au niveau de l'intolérance à l'incertitude sont similaires aux résultats obtenus par Ladouceur et ses collègues (2000) lorsqu'ils ont testé l'efficacité du protocole original. Les notions psychoéducatives concernant l'intolérance à l'incertitude ont été rappelées à travers les différents blocs de traitement ce qui a pu contribuer à l'intégration de ces notions. D'autre part, par le biais des différents blocs de thérapie les participantes étaient constamment amenées à s'exposer à diverses situations incertaines ce qui a favorisé la consolidation des acquis. De cette façon, les participantes semblent avoir augmentées leur tolérance à l'incertitude ce qui a pu contribuer à la réduction du temps passé à s'inquiéter. Ce processus de changement va dans le même sens que les résultats de plusieurs études antérieures (Dugas et Ladouceur, 2000; Duags et al. 2003; Ladouceur, Gosselin et Dugas, 2000). Ladouceur et al. (2000) révèlent

d'ailleurs que les changements au niveau de l'intolérance à l'incertitude précèdent un changement dans le temps passé à s'inquiéter.

La résolution de problèmes. Une des modifications apporter au protocole original était d'accorder plus de temps au bloc ciblant la résolution de problèmes considérant que l'attitude négative face au problème est le principal prédicteur de la tendance à s'inquiéter en période post-partum (Viau-Guay 2011). Plusieurs études suggèrent que les personnes ayant un TAG ont les habiletés pour résoudre les problèmes, mais que leur attitude face aux problèmes interférerait avec celles-ci (Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997; Davey, 1994; Ladouceur, Blais, Freeston, & Dugas, 1998). Ainsi, la plus grande portion de la thérapie était centrée sur le travail de résolution de problèmes et la modification de l'attitude face au problème. Cette cible thérapeutique peut expliquer une grande portion des changements cliniques observés chez les participantes. Les stratégies proposées lors de ce bloc de traitement ont pu aider les participantes à prendre une distance à l'égard de leurs réactions émotionnelles face à un problème en les aidant à se centrer et à identifier les éléments clés de la situation problématique. Ainsi, en ayant des moyens pour mieux tolérer leurs réactions émotionnelles face aux problèmes, elles ont pu modifier leur attitude face aux problèmes et elles devenaient plus disposées à se servir de leurs habiletés de résolution de problèmes. En corrigeant leur attitude face aux problèmes, les participantes ont pu apprendre que les situations problématiques peuvent être utilisées pour développer de nouvelles stratégies et les aident à se préparer à d'éventuels problèmes (Ladouceur et al. 1998). Le bloc de traitement sur la résolution de

problèmes semble ainsi permettre une modification significative de la perception du problème et une augmentation de l'efficacité à résoudre un problème qui ont engendré une réduction du temps passé à s'inquiéter (Ladouceur et al. 1998). La réduction du temps passé à s'inquiéter est observable par le biais des auto-observations rapportées. En effet, à la figure 1, l'inspection visuelle nous permet d'observer une diminution du temps passé à s'inquiéter chez toutes les participantes au cours de ce bloc de traitement. Ces changements associés à une intervention ciblant la résolution de problèmes ont aussi été démontrés par l'étude de Provencher, Dugas et Ladouceur (2004) qui avait appliqué cette stratégie de traitement à des personnes ayant principalement des inquiétudes de type 1. De plus, au post-test et au suivi trois mois, on constate un changement significatif au QAP chez toutes les participantes ce qui suggère que le traitement a engendré des changements cliniques durables quant à l'attitude face aux problèmes. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'autres études antérieures pour une population clinique générale (Dugas et al., 2003; Ladouceur et al., 2000; Provencher et al., 2004). D'autre part, la résolution de problèmes demandait aux participantes de continuer à s'exposer à l'incertitude en poursuivant leur démarche de résolution de problème et appliquer les solutions identifiées bien que l'issue de celles-ci soit incertaine. Ainsi, ce bloc de traitement a également permis aux participantes d'apprendre à mieux tolérer l'incertitude et consolider les stratégies acquises plus tôt dans la thérapie lors du bloc ciblant l'intolérance à l'incertitude.

L'évitement cognitif. Plusieurs formes d'évitement cognitif sont impliquées dans le

développement du TAG (Borkovec, Ray, & Stöber, 1998) et il s'agit d'un processus contributif aux inquiétudes et aux TAG selon Dugas et al. (1998) et Dugas et Koerner (2005). Selon le modèle d'évitement cognitif, le contenu verbal de l'inquiétude elle-même consiste en une stratégie d'évitement, car elle interfère avec les processus émotionnels par la suppression des images mentales anxiogènes. Le travail par l'exposition cognitive aux inquiétudes, visait la baisse progressive de la réactivité émotionnelle à ces pensées et ces images mentales anxiogènes. L'exposition cognitive impliquait la confrontation prolongée à des scénarios catastrophiques et la répétition de l'exposition aux images mentales sous-jacentes à l'inquiétude et l'anxiété. Foa et Kozak (1986) rapportent que la confrontation prolongée et répétée à des stimuli provoquant la peur, et ce, en l'absence des conséquences appréhendées, fournit des informations correctrices infirmant les croyances erronées et participe ainsi à diminuer l'anxiété associée. L'exposition cognitive permet de réduire les comportements d'évitement cognitif comme la neutralisation ou la suppression d'image mentale par l'inquiétude présents dans la problématique du TAG. Cette désensibilisation aux images mentales anxiogènes permet ainsi une réduction de la fréquence des inquiétudes (Dugas & Koerner, 2005). De plus, par le biais de l'exposition cognitive, les participantes ont haussé le seuil de leur tolérance à l'incertitude en diminuant leur tendance à surestimer la possibilité qu'un événement négatif se produise ainsi que la gravité de conséquences appréhendées. Ainsi en plus de réduire les effets des comportements d'évitement cognitif ce bloc de traitement a également permis indirectement de réduire la fréquence et la durée des inquiétudes chez les participantes.

Généralisation des gains aux symptômes dépressifs

Au terme de l'intervention, les 3 participantes rapportent une réduction significative de leur symptomatologie dépressive. Seule, la participante ayant abandonné la thérapie obtient, au post-test, un score faisant partie de l'étendue clinique à l'EPDS. Ces résultats suggèrent que l'ensemble de la thérapie a eu un impact positif sur l'humeur des participantes. Le bloc 3 de la thérapie visant à l'activation comportementale des participantes par le biais d'activités physiques et sociales a pu contribuer à ce changement. Ceci est cohérent avec les résultats de l'étude de Demissie et al., (2011) qui ont démontré que la pratique d'activités physiques modérées à élevées chez les femmes en période post-partum est associée à réduction du risque de développer des symptômes dépressifs au cours de cette période. De plus, Da Costa et al. (2009) et Armstrong et Edwards (2004) ont démontré que l'introduction d'exercices physiques sur une période de 12 semaines était efficace pour alléger les symptômes dépressifs légers à modérés en période post-partum. Les exercices d'activation comportementale s'échelonnant de la rencontre quatre à la rencontre sept, nous pouvons observer aux figures 2 et 3 une légère augmentation du niveau de satisfaction de vie durant cette période ainsi qu'une légère diminution du niveau de tension et d'anxiété ressentie chez toutes les participantes. L'activité physique a donné davantage d'occasions de vivre un sentiment de bien-être physique et réduire les tensions causées par l'anxiété et les inquiétudes. Les activités sociales ont permis aux femmes de vivre moins d'isolement et d'avoir plus de plaisir. Les sentiments de bien-être et de plaisir étant incompatibles avec une humeur

dépressive, l'activation comportementale a donc permis de contrer une humeur dépressive tout en intégrant des facteurs de protections.

Généralisation des gains à l'adaptation parentale

Les résultats indiquent une amélioration globale quant à l'adaptation parentale, puisqu'au terme du suivi trois mois, les deux participantes ayant complétés la thérapie voient leurs scores à l'ISP et au PPSEQ passer d'un étendu clinique à un étendu non-clinique. Ses résultats vont que le même sens que les études de Misri et al. (2004) et de Misri et al. (2006) qui rapportaient que les stratégies cognitives comportementales étaient efficaces pour réduire le niveau de stress parental chez les mères ayant de l'anxiété en comorbidité à une humeur dépressive. De façon plus spécifique, les résultats indiquent chez chacune des participantes un changement significatif à la sous-échelle isolement sociale de l'ISP. Les mères qui obtiennent un score élevé à cette sous-échelle vivent un stress considérable dû à leur isolement. Ce changement, au niveau de l'isolement social, a pu être engendré par les exercices d'activation comportementale via les activités sociales (Bloc 3) et la réduction de la fréquence l'évitement de situations incertaines (Bloc 2). Le travail sur l'intolérance à l'incertitude les a amenés à réduire leurs comportements d'évitement. Considérant que les situations sociales impliquant un nouveau-né sont nouvelles et comportent une grande part d'incertitudes, les participantes étaient portées à les éviter et par conséquent contribuaient à leur isolement social. Par exemple, P2 s'était inscrite à un cours de mise en forme avec bébé, mais évitait d'y aller, car elle ne savait pas comment son bébé allait se comporter pendant les séances; P3

refusait souvent d'aller au restaurant avec ses amis, car elle craignait la possibilité que son enfant pleure et dérange les autres. En s'exposant graduellement et de plus en plus souvent à ces situations sociales incertaines, les participantes ont pu réduire l'isolement et augmenter le niveau de soutien social perçu. Dans un contexte comme celui-ci, nous pouvons entrevoir comment des interventions sur l'intolérance à l'incertitude et le développement d'un nouveau répertoire d'habiletés cognitives et comportementales face aux incertitudes ont un effet indirect sur l'adaptation. D'autres études seraient pertinentes pour mieux comprendre l'effet de telles interventions sur l'adaptation et la qualité de vie des femmes en période post-partum.

De plus, au PPSEQ, on constate un changement cliniquement significatif pour toutes les participantes au post-test à la sous-échelle « satisfaction face à la maternité » auquel s'ajoute un changement significatif à la sous-échelle « satisfaction de vie » au suivi trois mois pour P1 et P2 qui ont complété la thérapie. Ces résultats sont cohérents avec les améliorations observées à la sous-échelle « restrictions imposées par le rôle parental » de l'ISP. Un score élevé à cette sous-échelle indique que la maternité est vécue comme une source de frustration et une limite à sa liberté personnelle. À la lumière de ces résultats, il semble que la thérapie est associée à une modification de la perception de la maternité qui favorise l'adaptation parentale des participantes. Considérant que l'arrivée d'un nouvel enfant implique l'arrivée d'un ensemble de nouvelles situations problématiques, il se peut que les changements dans l'attitude face aux problèmes engendrés par le bloc de résolution de problèmes aient pu contribuer en partie à la modification de la

perception de la maternité. Les problèmes associés à la maternité ont ensuite été perçus comme étant moins menaçants qu'ils ne l'étaient avant le travail de résolution de problèmes. D'autre part, le travail d'exposition cognitive a pu contribuer à l'amélioration de la satisfaction de vie. Coles and Heimberg (2005) ont démontré que l'évitement cognitif par l'inquiétude était associé à un haut niveau de dépression et une faible satisfaction de vie. Ainsi par l'exposition aux images mentales sous-tendant les inquiétudes de type 2 les femmes ont réduit la fréquence de l'utilisation de stratégies d'évitement cognitif. Les changements significatifs quant à l'évitement cognitif ont été détectés dès le post-test des participantes. Par contre, ses effets sur la satisfaction de vie ont été détectés qu'au suivi trois mois chez les participantes ayant complété la thérapie. Nous pouvons comprendre que les différentes facettes de ce processus de changement complexe qui s'est poursuivi après la thérapie par l'exposition à diverses situations, a mené, à moyen terme, à une amélioration au plan de la satisfaction de vie. Ainsi, les différents blocs de traitement ciblant les composantes spécifiques du TAG ont contribué de différentes manières à l'adaptation parentale des mères.

Qualité de vie. D'autre part, plusieurs études démontrent que le TAG dans la population générale affecte considérablement la qualité de vie des gens qui en souffrent (Henning et al., 2007; Wetherell et al., 2004). Bien que la détresse des participantes à l'égard de leurs inquiétudes était évidente, leurs auto-observations quotidiennes révèlent un niveau élevé de satisfaction face à leur vie à tous les temps de mesure. L'histoire récente des symptômes du TAG dans la vie des participantes pourrait expliquer pourquoi

la qualité de vie ne semble pas autant affectée qu'elle peut l'être dans la population générale où le trouble a tendance à se chroniciser (Kessler, Walters, & Wittchen, 2004). D'autre part, par le biais des auto-observations, on constate que le haut niveau de satisfaction face à leur vie se maintient au travers de la thérapie. Ceci suggère que la thérapie proposée rapidement suite au développement du TAG en post-partum a pu contribuer au maintien de la satisfaction de vie des mères et prévenir la détérioration de leur qualité de vie. Cela soutient donc l'importance d'intervenir rapidement lorsqu'un TAG se développe suite à un accouchement.

L'adaptation conjugale. À l'intérieur du bloc de traitement portant sur la résolution de problème, les enjeux conjugaux ont été un des thèmes centraux pour toutes les participantes de l'étude. D'ailleurs, c'est au terme des séances et des exercices de résolution de problèmes concernant ses difficultés conjugales que P3 en est arrivée à vouloir entreprendre une thérapie de couple qui ciblerait également son anxiété. Elle a alors choisi de mettre fin à la thérapie individuelle afin de pouvoir se consacrer, avec l'aide de son conjoint, au travail ciblant les difficultés sous-jacentes à ses inquiétudes les plus interférentes à cette étape de la thérapie. Bien que la relation conjugale ait été un thème d'inquiétude largement abordé en thérapie chez toutes les participantes, aucun changement significatif à cette sous-échelle de l'ISP et du PPSEQ au sein de l'échantillon n'a été observé. Seuls les résultats à l'ISP post-test de P1 démontrent un changement significatif à ce niveau, mais ceux-ci ne se maintiennent pas au suivi trois mois. Ces résultats sont inattendus considérant la conclusion de l'étude de Whisman et

al. (2011) qui rapportait que des changements au niveau de symptômes anxieux chez les femmes accompagneraient des changements au niveau de l'adaptation conjugale. Nous pouvons faire l'hypothèse que, malgré le travail visant l'amélioration de l'attitude négative aux problèmes des mères, en tant que vulnérabilité psychologique individuelle sous-jacente à leurs inquiétudes, d'autres interventions pourraient s'avérer bénéfiques et utiles pour mieux cibler l'adaptation parentale et ainsi, aider au travail ciblant les symptômes du TAG de certaines patientes. Considérant ces résultats et sachant que les difficultés de couple dans la période post-partum ont déjà été soulevées par différentes études et méta-analyse (Griffiths & Barker-Collo, 2008; Kaitz, 2007; O'Hara & Swain, 1996), la nécessité d'adapter davantage la thérapie pour le TAG en période post-partum en ciblant les enjeux conjugaux s'avère pertinente. Les difficultés conjugales pouvant être à l'origine de nombreuses inquiétudes, pourraient contribuer au maintien de la problématique. Par surcroît, Whisman et al. (2011) soulèvent que l'anxiété en périnatalité est associée à des difficultés d'adaptation conjugales et que les femmes rapportant des difficultés conjugales dans cette période de vie tendent à avoir des symptômes dépressifs et anxieux plus sévères. Par ailleurs, si on tient compte de certains modèles expliquant la détresse et la satisfaction conjugale, dont le modèle *Vulnerability, Stress, Adaptation* (VSA) de Karney et Bradbury (1995), il importe de pouvoir cibler à la fois des enjeux personnels et individuels, dont les vulnérabilités personnelles (comme l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter), les stressseurs (l'arrivée du premier enfant, les stressseurs, sociaux, économiques, physiques, etc.), mais aussi l'adaptation conjugale (les capacités de résolution de problèmes du couple, la capacité

d'empathie, de soutien, etc.). Karney et Bradbury (1995) et Randall et Bodenmann (2009) suggèrent que la capacité du couple à résoudre les problèmes a un grand impact sur la capacité à faire face aux stressors environnementaux. Les difficultés de résolution de problèmes peuvent affecter les échanges verbaux dans le couple et ainsi affecter la satisfaction conjugale et le processus d'adaptation. De plus, un couple avec des difficultés de résolution de problème aura un processus d'adaptation plus faible et, en combinaison avec des vulnérabilités personnelles, la satisfaction conjugale aura tendance à fluctuer davantage en fonction des stressors présents. Ainsi, une possibilité pour adapter davantage le protocole de traitement du TAG en période post-partum serait d'impliquer le conjoint dans le travail thérapeutique ciblant la résolution de problèmes. De cette façon, les vulnérabilités personnelles et l'adaptation du couple seraient du même coup ciblées.

Dans leurs études de traitement, Griffiths et Barker-Collo (2008) et Clark, Tluczek et Brown (2008) ont impliqué avec efficacité le conjoint à une partie de la thérapie ciblant des problématiques survenu au cours de la période post-partum. Griffiths et Barker-Collo (2008) ont évalué l'effet d'une thérapie de groupe cognitive-comportementale chez des femmes présentant des difficultés d'adaptation suite à leur accouchement tandis que Clark et al. (2008) ont évalué la faisabilité d'un groupe de thérapie mère-enfant pour les femmes souffrant de dépression post-partum. Par le biais de l'intégration du conjoint à une partie de la thérapie de groupe, les auteurs de ces études ont ciblé, entre autres, la communication au sein du couple et la résolution de problème en couple. Les résultats

de ces études démontrent que les interventions ont eu des effets bénéfiques au niveau de l'adaptation des mères, des symptômes anxieux et dépressifs. Ces études soutiennent la faisabilité d'intégrer une dimension conjugale dans le contexte d'une thérapie de groupe qui cible spécifiquement les besoins de la mère en post-partum. Par contre, aucune de ces études n'a employé de mesures permettant d'évaluer les effets de ces interventions sur la relation conjugale. Ainsi, des recherches futures ciblant le TAG en post-partum pourraient tenter d'intégrer une dimension conjugale à la thérapie pour en mesurer l'effet sur le niveau d'adaptation conjugale.

Tel qu'énoncé plus tôt, c'est suite aux interventions portant sur la résolution de problème que P3 a choisi d'abandonner la thérapie. Cette partie de la thérapie a, pour elle, donné fruit à une réflexion sur la manière de rétablir une meilleure relation avec son conjoint afin d'avoir une meilleure qualité de vie et mieux gérer ses inquiétudes. C'est dans ce contexte qu'elle a choisi de mettre en application des stratégies qu'elle a acquises au cours de la thérapie. En plus des difficultés de couple, d'autres éléments sont à considérer dans l'abandon de la thérapie par P3. D'abord, parmi toutes les participantes, elle était la seule à avoir terminé son congé de maternité et à travailler. Ainsi, le temps d'investissement à mettre dans la thérapie et le manque de sommeil qu'elle rapportait ont pu contribuer à sa décision. D'autre part, il est aussi possible que sa condition psychologique ait pu interférer avec son adhésion à la thérapie. Lors de l'évaluation pré-test, elle était la seule participante à avoir un trouble anxieux concomitant et puisque le programme de traitement permettait de cibler uniquement le

TAG elle a pu avoir le sentiment que ses besoins rattachés aux autres manifestations de son anxiété n'étaient pas répondus de façon satisfaisante puisqu'ils n'étaient pas ciblés directement. Ainsi, en allant consulté en thérapie de couple, P3 a cherché à mettre en place une solution lui permettant résoudre l'ensemble de ses difficultés psychologiques. D'autre part, P3 était la plus symptomatique des trois participantes : une cote de sévérité du TAG plus élevé à l'ADIS, le plus haut niveau d'intolérance à l'incertitude, le score le plus élevé au QIPS. Cette condition a pu faire en sorte qu'elle a pu vivre plus d'inconfort que les autres en réaction aux exercices et au contenu de la thérapie. D'ailleurs, on peut observer à la figure 2 que P3 est la participante qui rapporte majoritairement le plus haut niveau de tension et d'anxiété ressenti pendant la thérapie et que cette différence visuelle est davantage marquée durant le bloc 2 portant sur l'intolérance à l'incertitude. Ces différents éléments suggèrent que la thérapie était davantage anxiogène et exigeante en termes de temps, d'énergie pour cette participante. Toutes fois, il reste que la thérapie eu été pertinente pour elle dans la mesure où la résolution de problèmes lui a permis d'identifier ses besoins et d'agir en conséquence de façon à gérer efficacement son anxiété et ses inquiétudes. De plus, on observe que son temps d'inquiétude rapporté dans les carnets d'auto-observation tant à diminuer au cours de la thérapie.

Les enjeux entourant la fin du congé de maternité. La fin du congé de maternité et le retour au travail composent un autre thème central qui a été identifié au cours de la thérapie. De façon générale, les femmes ont la certitude que cet événement aura lieu, par contre, cette situation implique un grand nombre d'incertitudes à savoir comme ce retour

au travail s'organisera, comment l'enfant et la cellule familiale réagiront à ce changement. Dans un premier temps, cette situation nécessite une résolution de problème dans la recherche d'une garderie pour l'enfant. Dans un second temps, l'attente de cet événement et les incertitudes qu'il implique en font une condition favorable à l'anticipation de problèmes et donc à l'émergence d'inquiétudes de type 2. Ces inquiétudes ont d'ailleurs été le sujet d'exposition cognitive pour les deux participantes ayant terminé la thérapie. Ainsi, la préparation au retour au travail est un élément important à considérer dans le traitement des inquiétudes à la fin de la période post-partum. Cette considération amène l'idée qu'une autre manière d'adapter davantage cette thérapie au contexte post-partum, serait d'intégrer un volet ciblant le retour au travail des mères en fin de thérapie afin d'optimiser les gains thérapeutiques en restant collé à leur réalité.

Pistes de recherches futures

L'ensemble des résultats de cette étude indique que les femmes souffrant d'un TAG en post-partum répondent bien et bénéficient grandement d'une TCC ciblant les inquiétudes. Cette thérapie favorise l'adaptation parentale, réduit les symptômes dépressifs et contribue au maintien d'une satisfaction de vie. L'ajout d'un bloc de traitement ciblant l'activation comportementale a eu des effets bénéfiques sur la symptomatologie du TAG, l'humeur des participantes et l'adaptation parentale. Le fait d'ajouter une séance supplémentaire au bloc sur la résolution de problèmes pour cibler en profondeur l'attitude négative face aux problèmes a également eu des effets

bénéfiques sur la tendance à s'inquiéter, la perception de la maternité et la satisfaction de vie de participantes. D'autres recherches seront nécessaires pour corroborer les résultats de cette étude. Des études pourraient vérifier si l'ajout d'une dimension conjugale optimise à la fois la gestion de l'anxiété et des inquiétudes de même que l'adaptation parentale. De plus, le protocole de traitement employé dans la présente étude pourrait être davantage adapté au contexte post-partum par l'ajout d'un volet concernant le retour au travail. Pour terminer, il semble que le travail sur l'intolérance à l'incertitude ait eu un effet sur l'adaptation parentale. Le lien entre ses deux composantes est peu documenté ainsi d'éventuelles études pourraient se pencher sur ces deux concepts afin de mieux comprendre et optimiser le processus de changement qui s'opère en thérapie.

Forces et limites de l'étude

Malgré les résultats encourageants, le protocole à cas unique adopté dans cette étude comprend certaines limites. Le protocole utilisé n'offre qu'une généralisation très limitée des résultats étant donné le petit échantillon de participantes. De plus, il ne permet pas de comparer l'efficacité thérapeutique du traitement du TAG et des inquiétudes adaptées aux femmes en période post-partum à celle d'une condition contrôle. Ceci réduit donc la validité interne du protocole et limite les conclusions pouvant être apportées quant à l'efficacité des composantes du traitement. Par contre, il est important de considérer que l'étude ne visait pas, dans un premier plan, à maximiser la généralisation des résultats à l'ensemble de la population, mais un groupe contrôle de type « liste d'attente » aurait pu permettre de contrôler les effets dus au passage du

temps et voir, dans cette population, le cours normal de la période post-partum. Un groupe contrôle de type « intervention non spécifique » pourrait permettre de contrôler pour l'effet des facteurs communs sous-jacents à divers types de psychothérapies (Kazdin, 1998). Néanmoins, l'étude apporte les premières preuves supportant l'efficacité de la thérapie pour les inquiétudes et les symptômes du TAG qui se développent chez les femmes en post-partum.

Par ailleurs, cette étude comporte des forces méthodologiques considérables. D'abord, son protocole à cas uniques expérimental à niveaux de base multiples en fonction des individus permet tout de même de diminuer plusieurs sources d'invalidité (histoire, maturation, etc.) et de rehausser ainsi la validité interne de l'étude. Aussi, d'autres moyens ont été mis en place afin de réduire les sources d'invalidité (accord inter-juges et vérification de l'intégrité thérapeutique). Le fait d'appliquer une intervention à un nombre limité de participantes en diminuant le nombre de menaces à la validité interne a permis de tenir compte des particularités individuelles des participantes dans l'interprétation des résultats. Les auto-observations continues ont permis de voir l'impact de la thérapie sur les construits ciblés (anxiété, inquiétude et adaptation). De plus, l'utilisation de mesures cliniques fiables et diversifiées en termes de modalités (entrevues, questionnaires et auto-observation) constitue une autre force de la présente étude puisqu'elles ont permis de mesurer avec précision les changements chez les participantes. Les résultats aux différents questionnaires évaluant l'adaptation des participantes et les symptômes diagnostiques du TAG convergent ce qui soutient

également la validité de l'étude. De plus, l'utilisation des divers questionnaires pour évaluer les changements a permis d'assurer la juste mesure des différentes composantes de l'adaptation maternelle, des symptômes diagnostiques du TAG et des variables cognitives et comportementales ciblées par le traitement.

Cette étude est à notre connaissance la première à avoir évalué l'effet d'une TCC qui tient compte des facteurs spécifiques au TAG en période post-partum et à avoir mesuré avec rigueur ses effets sur l'adaptation des mères participantes. L'importance accordée aux mesures de l'adaptation parentale a permis l'identification d'enjeux concernant l'adaptation parentale en période postpartum soit la relation conjugale et le retour au travail. Cette étude permet d'en connaître davantage sur les besoins spécifiques de cette clientèle particulière et ouvre la porte à d'autres études de traitements qui sauront répondre avec précision aux enjeux qu'impliquent l'inquiétude et l'anxiété en période post-partum.

Étant donné la nature exploratoire de la présente étude, d'autres études devront être entreprises pour corroborer les résultats obtenus et ainsi confirmer l'efficacité de la TCC pour diminuer la tendance à s'inquiéter des mères primipares, l'adaptation parentale et les symptômes dépressifs en période post-partum.

Conclusion

Cette étude suggère l'efficacité du protocole de traitement du TAG adapté pour les femmes primipares en période post-partum pour réduire la symptomatologie du TAG et favoriser l'adaptation des mères lors de cette étape de vie. Les modifications apportées au protocole original de Ladouceur et al. (2000) par l'ajout d'un bloc de traitement ciblant l'activation comportementale et d'une séance supplémentaire au bloc ciblant la résolution de problème et l'attitude négative face aux problèmes ont été particulièrement bénéfiques pour l'adaptation parentale des mères en engendrant des changements au niveau de l'humeur, la satisfaction de vie et la perception de la maternité. Les résultats de l'étude ont également permis d'identifier des enjeux à considérer pour arriver à répondre de façon plus précise aux problématiques entourant le TAG et les inquiétudes en période post-partum. Cette recherche clinique permet de mieux orienter et guider les psychologues et intervenants qui œuvrent dans le domaine périnatal et ouvre la porte à des études subséquentes qui permettront d'adapter davantage ce protocole de traitement aux besoins particuliers de cette clientèle à risque et de mieux comprendre les effets de cette thérapie sur l'adaptation des mères en période post-partum. Notamment, des recherches futures pourraient intégrer un volet conjugal au protocole afin de vérifier son effet sur la satisfaction conjugale, l'adaptation parentale et l'anxiété des mères. Étant donné la nature exploratoire de la présente étude, d'autres études devront être réalisées pour appuyer les résultats.

Références

- Abidin, R.R. (1995). The Parenting Stress Index : 3^e éd. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Armstrong, K., & Edwards, H. (2004). The effectiveness of a pram-walking exercise programme in reducing depressive symptomatology for postnatal women. *International Journal Of Nursing Practice*, 10, 177-194. Doi : 10.1111/j.1440-172X.2004.00478.x
- Ballard, C. G., Davis, R. R., Handy, S. S., & Mohan, R. N. (1993). Postpartum anxiety in mothers and fathers. *The European Journal of Psychiatry*, 7, 117-121.
- Barlow, D. H., Raffa, S. D., & Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. Dans P. E. Nathan, J. M. Gorman, P. E. Nathan, J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2^e éd.) (pp. 301-335). New York, NY US : Oxford University Press.
- Barnett, B., Schaafsma, M. F., Guzman, A. M. et Parker, G. B. (1991). Maternal anxiety : A 5-year review of an intervention study. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 2(3), 423-438.
- Bax-D'Auteuil, F. (2012). Trouble d'anxiété généralisée et comportements parentaux perçus durant l'enfance : Une étude rétrospective. Thèse de doctorat inédite, Université de Sherbrooke.
- Bayer, J., Sanson, A., & Hemphill, S. (2009). Early childhood etiology of internalizing difficulties : A longitudinal community study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11, 4–14. doi : 10.1080/14630.2009.9721777
- Bigras, M., Lafrenière, P.J., & Abidin, R.R. (1996). Indice de Stress Parental : Manuel francophone en complément à l'édition américaine. Toronto : Multi-Health Systems.
- Blais, M.R., Vallerand, R.J., Pelletier, L.G., & Brière, N.M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale". *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21, 210-223.
- Bögels, S., & van Melick, M. (2004). The relationship between childreport, parent self-report, and partner-report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Personality and Individual Differences*, 37, 1583–1596. doi: 10.1016/j.paid.2004.02.014

- Boivin, I., & Marchand, A. (1996). Entrevue structurée pour les troubles anxieux du DSM-IV. Montréal, Québec : Université du Québec à Montréal, Département de psychologie. Document inédit.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stöber, J. (1998). Worry : A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561–576.
- Breitkopf, C., Primeau, L. A., Levine, R. E., Olson, G. L., Wu, Z., & Berenson, A. B. (2006). Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27, 157-162. doi:10.1080/01674820500523521
- British Psychological Society Centre for Outcome Research and Effectiveness. (2001). Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based clinical practice guidelines. Repéré à [http : //www.nelmh.org / downloads / other_info / treatment_choice_psychological_therapies.pdf](http://www.nelmh.org/downloads/other_info/treatment_choice_psychological_therapies.pdf).
- Britton, J. R. (2005). Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns : Prevalence and correlates. *Acta Poediatrica*, 94, 1771-1776.
- Christenzen, L., & Mendoza, J. L. (1986). A method of assessing change in a single subject : An alteration of the RC index. *Behavior Therapy*, 17, 305-308.
- Christian, L. M., & Storch, E. A. (2009). Cognitive behavioral treatment of postpartum onset : Obsessive compulsive disorder with aggressive obsessions. *Clinical Case Studies*, 8(1), 72-83.
- Clark, R., Tluczek, A., & Brown, R. (2008). A mother-infant therapy group model for postpartum depression. *Infant Mental Health Journal*, 29(5), 514-536. doi:10.1002/imhj.20189
- Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2005). Thought control strategies in generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy And Research*, 29(1), 47-56. doi:10.1007/s10608-005-1647-x
- Cooklin, A. R., Giallo, R., D'Esposito, F., Crawford, S., & Nicholson, J. M. (2013). Postpartum maternal separation anxiety, overprotective parenting, and children's social-emotional well-being : Longitudinal evidence from an australian cohort. *Journal Of Family Psychology*, doi:10.1037/a0033332
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 108-116.

- Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression : development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150, 782–786.
- Craing, E., Judd, F., & Hodgings, G. (2005). Therapeutic group programme for women with postnatal depression in rural Victoria : a pilot study. *Australasian Psychiatry*, 13, 291-295.
- Craske, M. G., Barlow, D. H., & O’Leary, T. (1992). Mastery of your anxiety and worry, Albany, NY : Graywind Publications.
- Davey, G. C. L. (1994). Worrying, social problem solving abilities, and problem-solving confidence. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 327–330.
- De Mello, M., Lemos, V., Antunes, H., Bittencourt, L., Santos-Silva, R., & Tufik, S. (2013). Relationship between physical activity and depression and anxiety symptoms : A population study. *Journal Of Affective Disorders*, doi:10.1016/j.jad.2013.01.035
- Da Costa, D., Lowensteyn, I., Abrahamowicz, M., Ionescu-Ittu, R., Dritsa, M., Rippen, N., Cervantes, P., & Khalifé, S. (2009). A randomized clinical trial of exercise to alleviate postpartum depressed mood. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(3), 191-200. doi:10.1080/01674820903212136
- Dennis, C., Hodnett, E. E., Kenton, L. L., Weston, J. J., Zupancic, J. J., Stewart, D. E., & Kiss, A. A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women : Multisite randomised controlled trial. *BM : British Medical Journal*, 338(7689), 1-13.
- Drista, M., Da Costa, D., Dupuis, G., Lowensteyn, I., & Khalifé, S. (2008). Effects of a home-based exercise intervention on fatigue in postpartum depressed women : Results of a randomized controlled trial. *Annals Of Behavioral Medicine*, 35(2), 179-187. doi:10.1007/s12160-008-9020-4
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problemorientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593–606.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Le questionnaire sur l’inquiétude et l’anxiété : validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 11, 31-36
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder : A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226.

- Dugas, M.J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry : Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 551-558.
- Dugas, M.J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K. & Phillips, N.A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing : Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 57-70.
- Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). The cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder : Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 19, 61-81.
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD : Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24, 635-657.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder : Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821-825.
- Dugas, M. J. & Robichaud, M. (2007). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder : From science to practice. New York, NY : Routledge/Taylor & Francis Group.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear : Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Gosselin, P. (2006). Le Trouble d'anxiété généralisée. Dans O. Fontaine & P. Fontaine (Eds.), *Manuel pratique de thérapie cognitivo-comportementale*, France : Editions Retz.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty : Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1427-1439. doi:10.1016/j.janxdis.2008.02.005
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes : validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'encéphale*, 27, 475-484
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J., & Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD : A randomized trial of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 908-919.

- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., Pelletier, O. (2002) Le Questionnaire d'Évitement Cognitif (QEC) : Développement et validation auprès d'un échantillon d'adultes et d'adolescents, *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, 24-37.
- Gosselin, P., Pelletier, O., Ladouceur, R. (2001). Développement et validation d'un nouveau questionnaire évaluant l'attitude des gens à l'égard des problèmes, Communication présentée au Réseau de Santé Mentale du FRSQ (RSMQ), Québec.
- Gosselin, P., & Viau-Guay, L. (2011). Predictors of postnatal worry and parental adaptation in primiparous women. Communication présentée au congrès annuel de l'Association for Behavioral and Cognitive Therapies. Toronto, Canada
- Gould, R. A., Safren, S. A., Washington, D., & Otto, M. W. (2004). A Meta-Analytic Review of Cognitive-Behavioral Treatments. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, D. S. Mennin, R. G. Heimberg, C. L. Turk, D. S. Mennin (Eds.) , *Generalized anxiety disorder : Advances in research and practice* (pp. 248-264). New York, NY US : Guilford Press.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W., Goldstein, R. B., Smith, S. M., Saha, T. D., & Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine : A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 35, 1747-1759. doi:10.1017/S0033291705006069
- Green, S., McCabe, R. E., & Haber, E. (2013). Cognitive behavioural group therapy for perinatal anxiety : A pilot study. Communication présentée au congrès annuel de l'association canadienne de psychologie. Québec, Canada.
- Griffiths, P. P., & Barker-Collo, S. S. (2008). Study of a group treatment program for postnatal adjustment difficulties. *Archives Of Women's Mental Health*, 11(1), 33-41. doi:10.1007/s00737-008-0220-5
- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : New results about use and psychometric proprieties. *European Psychiatry*, 13, 83-89.
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression And Anxiety*, 24(5), 342-349. doi:10.1002/da.20249

- Heron, J., O'Connor, T., Evans, J., Golding, J., Glover, J., (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65–73.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research : Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N. S., Truax, P. (1991). Clinical significance : a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Johnstone, S. J., Boyce, P. M., Hickey, A. R., Morris-Yatees, A. D., & Harris, M. G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 69-74.
- Kaitz, M. M. (2007). Maternal concerns during early parenthood. *Child : Care, Health And Development*, 33(6), 720-727. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00729.x
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability : A review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin*, 118(1), 3-34. doi:10.1037/0033-2909.118.1.3
- Kazdin, A., E. (1998). *Research design in clinical psychology*. Boston : Allyn and Bacon.
- Kessler, R. C., DuPont, R. L., Berglund, P., & Wittchen, H. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1915-1923.
- Kessler, R. C., Walters, E. E., & Wittchen, H. (2004). Epidemiology. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, D. S. Mennin (Eds.) , Generalized anxiety disorder : Advances in research and practice (pp. 29-50). New York, NY US : Guilford Press.
- Koerner, N., Dugas, M. J., Savard, P., Gaudette, A., Turcotte, J., & Marchand, A. (2004). The economic burden of anxiety disorders in Canada. *Canadian Psychology*, 45(3), 191-201.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. W., & Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales : A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32, 345-359. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006
- Ladouceur, R., Bégin, G., (1980), Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales, St-Hyacinthe, Edisem.

- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal Of Anxiety Disorders*, 12(2), 139-152. doi:10.1016/S0887-6185(98)00002-4
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder : Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty : A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 933-941.
- Lederman, R. P., Weingarten, C. G., & Lederman, E. (1981). Postpartum Self-Evaluation Questionnaire : Measures of maternal adaptation. *Birth Defects : Original Article Series*, 17, 201-231.
- Lewis, B. A., Martinson, B. C., Sherwood, N. E., & Avery, M. D. (2011). A pilot study evaluating a telephone-based exercise intervention for pregnant and postpartum women. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 56(2), 127-131. doi:10.1111/j.1542-2011.2010.00016.x
- Lim, D., Sanderson, K., & Andrews, G. (2000). Lost productivity among full-time workers with mental disorders. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3, 139-146. doi:10.1002/mhp.93
- Loyd, B.H. & Abidin, R.R. (1985). Revision of the Parenting Stress Index. *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 109-177.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers : Whatever happened to anxiety?. *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 139-147. doi:10.1016/S0165-0327(02)00012-5
- Milgrom, J., Negri, L. M., Gemmill, A. W., McNeil, M., & Martin, P. R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 529-542. doi:10.1348/014466505X34200
- Misri, S., Reebye, P., Corral, M., & Millis, L. (2004). The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety : A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1236-1241.

- Misri, S., Reebye, P., Milis, L., & Shah, S. (2006). The impact of treatment intervention on parenting stress in postpartum depressed mothers : A prospective study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 115-119. doi:10.1037/0002-9432.76.1.115
- Misri S., Kendrick K., Oberlander T. F., Norris S., Tomfohr L., Zhang H., Grunau R. E. (2010). Antenatal depression and anxiety affect postpartum parenting stress : a longitudinal, prospective study. *Can J Psychiatry*, 55, 222–228
- Mitte, K., Noack, P., Steil, R., & Hautzinger, M. (2005). A Meta-analytic Review of the efficacy of drug treatment in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 141-150.
- O'Hara, M.W., Rehm, L.P., Campbell, S.B. (1982). Predicting depressive symptomatology: cognitive-behavioral models and postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(6), 457–461.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *International Review Of Psychiatry*, 8(1), 37-54. doi:10.3109/09540269609037816
- Prenoveau, J., Craske, M., Counsell, N., West, V., Davies, B., Cooper, P., & ... Stein, A. (2013). Postpartum gad is a risk factor for postpartum mdd: the course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depression & Anxiety*, 30(6), 506-514. doi:10.1002/da.22040
- Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 105-115. doi:10.1016/j.cpr.2008.10.004
- Reid, K. J., Baron, K., Lu, B., Naylor, E., Wolfe, L., & Zee, P. C. (2010). Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. *Sleep Medicine*, 11(9), 934-940. doi:10.1016/j.sleep.2010.04.014
- Robert, E., David, H., Reeves, N., Goron, S., & Delfosse, S. (2008). Adaptation à la maternité : Évolution discontinu de l'anxiété en pré- et en post-partum et valeur prédictive des différents type d'anxiété. *Devenir*, 2(20), 151-171.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perreard, E., & Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of affective disorders*, 49, 167-180.

- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression : II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(2), 214-222. doi:10.1037/0021-843X.100.2.214
- Ross, L. E., & McLean, L. M. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period : A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(8), 1285-1298.
- Roy-Byrne, P. P., & Wagner, A. (2004). Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*(Suppl13), 20-26.
- Sandström, M., Wiberg, B., Wikman, M., Willman, A-K, Högberg, U. (2008). A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery, 24*, 62–73. doi:10.1016/j.midw.2006.07.008
- Sideridis, G. D. (1997). Data smoothing : Prediction of human behavior, detection of behavioral patterns, and monitoring treatment effectiveness in single-subject behavioral studies. *Journal Of Behavioral Education, 7*(2), 191-203. doi:10.1023/A:1022841108508
- Skouteris, H., Wertheim, E.H., Rallis, S., Milgrom, J., Paxton, S.J., (2009). Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum : an examination of prospective relationships. *Journal of Affective Disorders. 113*, 303–308
- Soltani, M., Haytabakhsh, M. R., Najman, J. M., Williams, G. M., O'Callaghan, M. J., Bor, W., & ... Clavarino, A. (2012). Sleepless nights : The effect of socioeconomic status, physical activity, and lifestyle factors on sleep quality in a large cohort of Australian women. *Archives Of Women's Mental Health, 15*(4), 237-247. doi:10.1007/s00737-012-0281-3
- Stanley, M. A., Wilson, N. L., Novy, D. M., Rhoades, H. M., Wagener, P. D., Greisinger, A. J., Cully, J. A., & Kunik, M. E. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder among older adults in primary care : A randomized clinical trial. *JAMA : Journal of the American Medical Association, 301*(14), 1460-1467. doi:10.1001/jama.2009.458
- Sutter-Dallay, A. L., Giaconne-Marcasche, V., Glatigny-Dallay, E. et Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms : a prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry, 19*, 459-463.

- Teissedre, F., & Chabol, H. (2001). Étude des effets prédictifs du niveau d'anxiété dans l'apparition des dépressions du post-partum. *Encéphale*, 27, 493-494.
- Teissedre, F., & Chabol, H. (2003). Postnatal depression : A study of the predictive effects of postnatal anxiety. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 20(4), 111-114.
- Trad, P. V. (1994). Intensive dyadic short-term psychotherapy for post-partum panic disorder. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 9(1), 37-59.
- Viau-Guay, L. (2011) *Inquiétudes excessives et anxiété généralisée chez les femmes primipares en période périnatale*. Thèse de doctorat inédite, Université de Sherbrooke.
- Wenzel, A., Haugen, E.N., Jackson, L. C, & Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks post-partum. *Arch Women Mental Health*, 6, 43-49.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 295-311. doi:10.1016/j.janxdis.2004.04.001
- Wetherell, J., Thorp, S. R., Patterson, T. L., Golshan, S., Jeste, D. V., & Gatz, M. (2004). Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder : A preliminary investigation. *Journal Of Psychiatric Research*, 38(3), 305-312. doi:10.1016/j.jpsychires.2003.09.003
- Whisman, M. A., Davila, J., & Goodman, S. H. (2011). Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal Of Family Psychology*, 25(3), 375-383. doi:10.1037/a0023790
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C. & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R Generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey, *Archives of General Psychiatry*, 51, 355-364.
- Wittchen, H., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care : Prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 24-34.

Appendice A
Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invitées à participer à un projet de recherche. Ce document vous renseigne sur les modalités du projet. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à demander des précisions. Pour participer, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document. Nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet de recherche

Thérapie cognitive et comportementale pour les inquiétudes et l'anxiété en période post-partum.

Responsables du projet de recherche

Virginie Favre, étudiante au doctorat en psychologie clinique de l'Université de Sherbrooke et Patrick Gosselin, directeur de recherche et professeur au Département de psychologie, sont responsables de ce projet dans le cadre de la thèse de Madame Favre. Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires sur la recherche, vous pouvez rejoindre Mme Favre au 819 821-8000, poste 65209 ou M. Gosselin au 819 821-8000, poste 63811. Ce projet est réalisé dans le cadre de la thèse de doctorat en psychologie de Mme Favre.

Objectif du projet

L'objectif de cette recherche vise à évaluer l'efficacité d'une psychothérapie, de type cognitive et comportementale, adaptée pour l'anxiété et les inquiétudes en période post-partum auprès de mères ayant eu un premier enfant. Plus spécifiquement, nous cherchons à déterminer quels sont les impacts d'une telle thérapie sur la tendance à s'inquiéter et la qualité de vie des mères. Les interventions utilisées sont tirées des thérapies usuelles pour l'anxiété.

Critères d'inclusion et d'exclusion à la participation

Afin d'être inclus dans l'étude, les participantes doivent : (a) être des femmes francophones ayant accouchées d'un premier enfant au cours de la dernière année, (b) être âgée d'au moins 18 ans, (c) remplir les critères diagnostiques du Trouble d'anxiété généralisée depuis au moins trois mois, (d) avoir l'impression que la tendance à s'inquiéter s'est exacerbée suite à l'accouchement. Par ailleurs, les femmes présentant les critères suivants ne pourront pas participer à l'étude : (a) avoir une médication nouvelle (antidépresseur, anxiolytique ou antipsychotique) depuis moins de 6 mois ou avoir modifié le type ou le dosage de la médication pour la durée de l'étude, c'est-à-dire durant l'évaluation du niveau de base, durant le traitement et durant les douze mois de suivi, (b) présenter un trouble de l'humeur ou un autre trouble anxieux provoquant une

détresse ou des difficultés de fonctionnement plus importantes que celles engendrées par le trouble d'anxiété généralisée, (c) avoir un diagnostic secondaire actuel ou passé de schizophrénie, de trouble psychotique, de trouble bipolaire, de trouble organique cérébral ou de déficience intellectuelle, (d) présenter un problème d'abus ou de dépendance à une substance, (e) avoir eu recours à une TCC pour l'anxiété au cours des 12 derniers mois, (f) avoir eu une grossesse multiple ou un enfant né avant 36 semaines de gestation ou né avec une malformation congénitale. Des références seront suggérées aux personnes non admissibles ou exclues de l'étude.

Raison et nature de la participation

Phase I : Évaluation Initiale et délai

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez tout d'abord rencontré(e) à la clinique du Laboratoire d'étude sur l'inquiétude et l'anxiété (LEIA) du Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke pour une évaluation psychologique par un(e) assistant(e) de recherche. Cette évaluation se fera à l'aide de d'une rencontre d'une durée d'environ 1h30 (impliquant une entrevue et des questionnaires à remplir) et vise à vérifier votre admissibilité au projet.

Si vous êtes admissible et désirez participer à l'étude, des carnets d'auto-observations quotidiennes, des questionnaires à remplir et une enveloppe pré-adressée et préaffranchie vous seront remis. Les carnets devront être complétés tous les jours afin d'évaluer la variation de votre niveau d'anxiété (temps requis : environ 1 minute). Une semaine après la rencontre initiale d'évaluation, un premier contact téléphonique avec la thérapeute aura lieu. Il est à noter que le délai d'attente pour commencer le début du traitement variera pour chaque participante. Ainsi, soit vous débuterez votre psychothérapie les jours qui suivront ce premier contact, soit vous serez recontactée à nouveau par la thérapeute la semaine suivante. Dans le cas où vous ne débuteriez pas la psychothérapie suite au premier contact téléphonique, la thérapeute fera un court suivi téléphonique (environ 5 à 10 minutes) avec vous afin d'évaluer votre état. La semaine suivante un autre contact téléphonique aura lieu. À nouveau, il est possible que vous débutiez votre psychothérapie les jours qui suivront ce contact téléphonique ou que vous ayez un court suivi téléphonique. Cette procédure se poursuivra toutes les semaines jusqu'à un maximum de 3 suivis téléphoniques. Il est donc possible que vous débutiez votre traitement au maximum 4 semaines suite à votre évaluation initiale. Le choix du moment où vous débuterez votre traitement sera établi par les conditions de la recherche, il ne vous sera donc pas possible d'effectuer ce choix. Si vous avez l'impression que ce type de procédure ne vous convient pas, il vous sera possible de mettre fin à votre participation. Si vous le désirez, vous pourrez alors être référée à d'autres ressources appropriées.

Les sessions thérapeutiques seront enregistrées sur bande audio afin d'assurer la qualité des interventions de la thérapeute.

Phase II : Traitements

Vous bénéficierez d'une psychothérapie individuelle pour le traitement de l'anxiété et des inquiétudes. Cette thérapie sera d'une durée approximative de 14 semaines, à raison d'une rencontre d'une heure par semaine, et sera offerte par une thérapeute spécialement formée et entraînée à cette approche. Des rencontres de supervision auront aussi lieu chaque semaine entre la thérapeute et le directeur de recherche. Au cours de la thérapie, nous vous demanderons de noter certaines observations et d'effectuer des exercices pratiques durant les rencontres, puis seule entre les rencontres. Les participantes seront amenées à une prise en charge autonome progressive avec le soutien de leur thérapeute.

Phase III : Suivis

Huit semaines après le début du traitement (c'est-à-dire au milieu du traitement) ainsi que deux semaines, trois mois et douze mois après la fin du traitement, vous aurez une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer vos progrès. Les deux premiers suivis auront lieu au LEIA. Ils comprendront chacune la complétion de questionnaires ainsi qu'une entrevue qui sera encore une fois enregistrée sur bande audio pour permettre une écoute ultérieure et assurer sa qualité. Pour les deux derniers suivis (trois et douze mois suite à la thérapie), nous communiquerons avec vous pour une entrevue téléphonique d'environ quarante-cinq minutes et nous vous demanderons de remplir une série de questionnaires à la maison. Ces questionnaires vous prendront moins de cinquante minutes à compléter. Vous devrez les remplir et nous les retourner par la poste dans une enveloppe préaffranchie et préadressée que nous aurons prévue à cet effet. Enfin, chaque jour pendant le traitement ainsi que pendant 14 journées consécutives avant chaque suivi après la fin du traitement, vous aurez à remplir des carnets d'auto-observations.

Moments et nature des évaluations :

	Avant le traitement	Au milieu du traitement	2 semaines suite au traitement	3 mois suite au traitement	12 mois suite au traitement
Entrevues	Oui	Oui	Oui	Oui (téléphone)	Oui (téléphone)
Questionnaires	Oui	Oui	Oui	Oui (envoi postal)	Oui (envoi postal)
Carnets d'auto-observations	Tous les jours			14 jours consécutifs	14 jours consécutifs

En résumé, votre collaboration à cette étude implique tout d'abord de compléter une entrevue clinique, des carnets d'auto-observations quotidiennes et certains questionnaires avant, pendant et après le traitement. Votre participation implique aussi de suivre 14 sessions de psychothérapie individuelle pour traiter vos difficultés, et d'accomplir des exercices à la maison. En somme, vous pouvez estimer que votre participation au projet vous demandera d'investir 35 heures de votre temps sur une période de 12 mois.

Avantages pouvant découler de la participation

Tout d'abord, les participantes pourront bénéficier gratuitement d'une évaluation et d'un traitement pour l'anxiété et les inquiétudes, dont les composantes ont déjà montré leur efficacité dans d'autres contextes. De plus, cette étude permettra d'accroître la compréhension de l'impact et de l'efficacité des traitements adaptés pour les femmes vivant de l'anxiété en période post-partum. Il est également possible que cette étude aide à orienter les travaux portant sur les interventions psychologiques pouvant aider les femmes en période post-partum.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Cependant, outre le temps et les déplacements consacrés à votre participation, vous pourriez ressentir à certaines occasions de l'anxiété (normale). Aussi, votre participation pourrait susciter des remises en question de votre part. On vous suggère fortement d'en discuter avec votre thérapeute, le cas échéant.

La participation à ce projet ne vous fait courir aucun risque connu sur le plan médical et psychologique. Il est possible qu'en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres d'intervention, vous éprouviez un certain niveau d'anxiété ou d'inquiétude comparable à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations et qui pourrait être inconfortable pour certaines personnes. Ceci ne pose aucun danger et la majorité des participantes affirment dans ce type d'intervention que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipée. Il n'y a donc pas de risques prévisibles à participer à cette étude. En ce sens, des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez supportée lors des rencontres. Soyez assurée que la thérapeute aura pour objectif d'entretenir un climat d'acceptation et de respect. Vous pouvez, à tout moment, arrêter la séance, vous reposer, poser des questions et exprimer vos inquiétudes.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet est volontaire et que vous restez libre, à tout moment, d'y mettre fin sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audios ou écrits vous concernant soient détruits?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, la chercheuse vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité des données recueillies au cours de la recherche. Un code numérique sera toujours employé en remplacement de votre nom

sur chacun des documents ou instrument utilisés. Votre nom figurera seulement sur ce formulaire de consentement, rendant ainsi toute identification impossible. Les questionnaires, entrevues semi-structurées et les enregistrements des sessions de psychothérapie seront codés et gardés dans un classeur sous clé en possession du responsable de la recherche. Toutes les données vous concernant, seront conservées pendant cinq ans après la fin de la collecte de données et détruites à la fin de ce délai.

Il est possible que les informations recueillies à l'aide des questionnaires et des entrevues fassent l'objet de communications scientifiques. Les résultats seront toutefois présentés de manière à garantir la confidentialité des renseignements et des données et préserver l'anonymat des participantes. Si vous le désirez, vous pourrez être informée des résultats obtenus en contactant la chercheure responsable.

Enregistrement audio et vidéo

Tel que mentionné précédemment, le projet de recherche comprend un enregistrement audio des entrevues d'évaluation et des séances de thérapie pour s'assurer de leurs qualités. Évidemment, ce matériel ne servira qu'aux seules fins du présent projet. Ils seront aussi conservés pendant cinq ans après la fin de la collecte de données et détruits à la fin de ce délai.

Études ultérieures

Il est possible que les résultats obtenus donnent lieu à un autre projet de recherche, ou, encore, que nous souhaitions prolonger les suivis afin de documenter les effets à plus long terme du traitement sur vos symptômes d'anxiété.

Dans ces circonstances, accepteriez-vous de participer à une étude ultérieure?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des lettres et sciences humaines a approuvé ce projet et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche. Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à **M. Olivier Laverdière**, président par intérim du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : 819-821-8000 poste 62644, ou par courriel à : cer_lsh@USherbrooke.ca.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (*nom en lettres moulées*),
 déclare avoir lu et compris le présent formulaire et en avoir reçu un exemplaire. Je
 comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser
 des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.
 Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante : _____

Signé à _____, le _____.

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____ (*nom en lettres moulées*),
 certifie avoir expliqué à la participante intéressée les termes du présent formulaire, avoir
 répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement
 indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation
 au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de
 l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____

Fait à _____, le _____.

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, Virginie Favre, chercheuse responsable de l'étude, déclare que les chercheurs
 collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement
 du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations
 énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait
 susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

Signé à _____, le _____.